

41c 1233

VOL. XIV

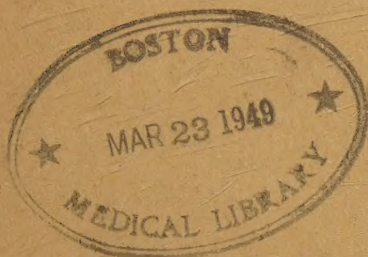
ENERO-FEBRERO-MARZO DE 1948

NUM. 1

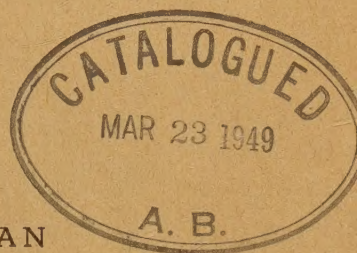
CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

LA HABANA. CUBA



REVISTA TRIMESTRAL



DIRECTOR FUNDADOR:

PROF. DR. ALBERTO INCLAN

CUERPO DE REDACCION:

PROF. RAFAEL PENALVER
PROF. PEDRO SANCHEZ TOLEDO
DR. JOSE I. TARAFÁ
DR. ALBERTO BARBA INCLAN
DR. ISIDORO PASCAU
DR. JOSE PEREZ LORIE
DR. LUIS IGLESIAS
DR. CARLOS ARAZOZA

DR. ARTURO FERIA (Santiago de Cuba)
DR. ALBERTO INCLAN WERNER
DR. RAUL RODRIGUEZ
DR. ULISES SOSA (Camagüey)
DR. A. JIMENEZ PLA (Matanzas)
DR. GUILLERMO BARRIENTOS
DR. ANTONIO PONCE DE LEON
DR. ANTONIO GASSIO (Santiago de Cuba)
DR. MARIO M. STONE

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

DR. ISIDORO PASCAU

JEFE DE CIRCULACIÓN:

MARIO MESA

Redacción y Administración: CALLE 21 N° 456. entre E y F, Vedado

Dirección Postal: APARTADO 1928 — La Habana, Cuba

Suscripción anual: \$3.00

Extranjero: \$4.00. Cy.

Número suelto: \$1.50

Inscripto como correspondencia de segunda clase en la Administración de Correos de La Habana.



HAGA Gárgaras a menudo con Listerine

¡Nunca descuide un resfriado! Por simple que parezca, lleva siempre en sus garras el peligro de una gripe, una pulmonía, una mastoiditis o infección de las cavidades faciales—y hasta la tuberculosis.

¡Protéjase! A la primera señal de un resfriado o dolor de garganta, haga gárgaras con el Antiséptico Listerine sin diluir. Así se destruyen hasta el 99 por ciento de los microbios en la boca y garganta. Es tan eficaz que aún cuatro horas después de usarlo pudo notarse una reducción de 64 por ciento en el número de microbios. No en vano es el Antiséptico Listerine el preferido para atajar resfriados y evitar males más graves.

Cómprese un frasco hoy mismo y haga gárgaras mañana y noche, no sólo para combatir resfriados, sino para evitar contraerlos.

•
Pruebe la Crema Dentífrica Listerine. Verá qué brillo da a sus dientes en pocos días.

•

ANTISEPTICO LISTERINE

*No trate Ud. mismo de curarse un mal grave
— consulte con su médico inmediatamente.*



E-94

La Habana, 20 de septiembre de 1948.

Sres. Suscriptores y Anunciantes de la Revista

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.

Distinguidos señores:

Debido a las restricciones que en el abastecimiento de papel impuso la última guerra, dificultades que padecimos hasta bien entrada la paz, nos obligó a dejar de publicar nuestra revista durante todo el año de 1947, bien a nuestro pesar y perjudicando a los profesionales con la carencia de datos sobre nuevos descubrimientos y nuevas técnicas aparecidas en nuestra profesión durante ese tiempo.

Salvadas estas dificultades, hemos iniciado la publicación de la revista, cuyo próximo número acaba de aparecer en estos instantes. Pero hay algo que queremos poner en conocimiento de nuestros favorecedores y es que el número aparecido ahora, que lleva fecha de los últimos meses de 1946, cierra los números correspondientes a ese año. El número siguiente aparecerá con fecha de 1948. Es decir, hemos dado este salto, dejando de aparecer en 1947, para ponernos al corriente de fechas y continuar la publicación de nuestra revista regularmente.

Cumplido este deber que nos hemos impuesto y en espera de ser comprendidos por nuestros favorecedores, quedamos, atentamente de ustedes,

PROF. ALBERTO INCLÁN COSTA
Director

ESTOS NUMEROS LOS PUEDE ADQUIRIR
EN LA ADMINISTRACION

Octubre, noviembre y diciembre.....	1936
Octubre, noviembre y diciembre.....	1937
Enero, febrero y marzo; octubre, noviembre y diciembre.....	1938
Enero, febrero, marzo; julio a diciembre.....	1939
Enero, marzo, abril, junio, octubre y diciembre.....	1940
Octubre y diciembre; abril, julio, junio, septiembre.....	1941
Abril, junio, julio, diciembre.....	1942
Enero, junio.....	1943
Abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre.....	1945
Enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre octubre, noviembre y diciembre.....	1946

PRODUCTO DE LOS
LABORATORIOS GLAXO



OSTELIN

Vitamina D² Cristalizada —calciferol GL— 10,000 Unidades Internacionales x c. c. Todo médico asocia Vitamina D: Ostelin en la terapia cálcica oral. Especifico en todas las avitaminosis D.

OSTOCALCIUM

Tabletas de lactato de calcio sódico, fosfato cálcico, 500 Unidades Internacionales de Vitamina D², —Calciferol GL—. Fórmula fácilmente asimilable, calcioterapia oral efectiva.

Calcio Coloidal con OSTELIN

Unico producto que combina para uso parenteral la Vitamina D² (Calciferol GL) y el calcio coloidal. Efectos terapéuticos óptimos por la absorción selectiva especifica por el sistema reticulo endotelial. 5,000 Unidades Internacionales D² x c. c. Cajas de 6 x 1 c. c. Frascos 15 c. c. Intramuscular-Indoloro.

KAPILON

VITAMINA K SINTETICA GLAXO

GOTAS

Frascos x 14 c. c.
10 mgs. x 1 c. c.

TABLETAS

Frasco x 25
10 mgs. x tableta

PARENTERAL

Cajas 6 ámps. x 1 c. c.
5 mgs. x 1 c. c.

GLAXO LABORATORIES, LTD.

GREENFORD, INGLATERRA - APARTADO 1071 - HABANA, CUBA

ZEFIRAN

[ALQUIL-DIMETIL-BENCIL-AMONIO]

El ZEFIRÁN es un desinfectante químico preparado sobre una base enteramente nueva.

No contiene fenol, cresol, mercurio ni otro metal pesado.

Se presenta en tres formas distintas:

TINTURA (COLOREADA) DE ZEFIRÁN AL 1 x 1000

En un medio alcohol-acetona (50% de alcohol y 10% de acetona). Empleado en la antisepsia pre-operatoria de la piel y mucosas, y en las enfermedades parasitarias de la piel.

Se presenta en frascos de 4 y 8 onzas y 1 galón.

SOLUCIÓN ACUOSA INCOLORA AL 1 x 1000

Antiséptico y germicida para desinfección por lavados e irrigaciones en ginecología y cirugía.

SOLUCIÓN ACUOSA INOXIDANTE AL 1 x 1000

Para la conservación estéril del instrumental quirúrgico por un período prolongado.

PRESENTACION:

FRASCOS DE 8 ONZAS Y 1 GALÓN

Wintrop Products Inc.

E. BARNET 855 — APARTADO 1142

HABANA

*"Medicamentos preparados científicamente
y dedicados al servicio del médico"*

EXTRACTO DE HIGADO

PURIFICADO LEX

1 cc. = 15 Unidades (F. E. U.)

USO INTRAMUSCULAR

Este producto se encuentra estandarizado fisiológicamente y aceptado por el Comité de Anemia Perniciosa de Washington D. C. Cada cc. representa 15 Unidades Anti-anémicas Inyectables de acuerdo con los requisitos exigidos por la Farmacopea de los Estados Unidos, Edición XI.

Envases: Caja de 3 frs. de 1 cc.
Frascos de 5 cc. = 75 U. (F. E. U.)
" " 10 cc. = 150 U. (F. E. U.)

NOMBRE	COMPOSICION	INDICACIONES	DOSIS
Complejo de Vitamina B	Cada cucharadita (5 cc.) = B1 2.25 mgs. (750 U.I.)	Estimula apetito y desarrollo. Hipermetabolismo. mantiene el equilibrio en las dietas deficientes: diabetes, nefritis, hepatitis, colitis. cuadro pre y post operatorio. En general en deficiencias de factores del Complejo B, anemias, pelagra, Sprue, embarazo. lactancia. etc.	Profiláctica
	B2 900 Gams. (360 U.B.S.)		Niños: 1 cucharadita diaria.
	B6 30 U. Ratias diarias. Acido Nicotínico 15 mgs. F.F. 30 U. Ratias diarias. Obtenido directamente del hígado fresco de res.		Adultos: 2 cucharaditas diarias.
			Terapéutica
			Niños: 2 cucharaditas diarias. Adultos: 2 cucharadas diarias.
VIMIL		Raquitismo, crecimiento. Hemeralopía. Xeroftalmia. Infecciones de las mucosas. Osteomalacia. Caries dentales.	Bebés: 1 gota 3 veces al día.
GOTAS	Cada gota		Niños 2 gotas 3 veces al día.
Vitaminas A y D	2.800 U.I. Vitamina A y 400 U.I. Vitamina D.	Durante el embarazo y lactancia.	Adultos: 2 a 4 gotas 2 veces al día.
BEUNIL Vitamina B1 Parenteral	Frs. 5 cc. 1 cc.=100 mgs. (30.000 U.I.)	Trastornos del sistema nervioso. neuritis. neuralgias. polineuritis. beri-beri. Neuritis alcohólica. Neuritis por exceso arsenical o saturnino. Péridas excesivas de peso y apetito. Durante el crecimiento de los niños. En la convalecencia de anemias. tuberculosis, tifoidea. trastornos gastro-intestinales. diarreas, estreñimiento, úlceras, etc. Durante el embarazo y lactancia. Alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono (diabetes y otros).	La dosis varía de acuerdo con las necesidades en cada caso de 600 U. I. hasta 30.000 U. I. por día.
	" 5 cc. 1 cc.= 75 "		
	" 5 cc. 1 cc.= 25 "		
	" 10 cc. 1 cc.= 10 "		
	" 5 ámp. 1 cc.=100 "		
	" 5 ámp. 1 cc.= 75 "		
	" 5 ámp. 1 cc.= 10 "		
	" 5 ámp. 1 cc.= 2 "		
	" 5 ámp. 1 cc.= 2 "		

LABORATORIOS LEX, S. A.

APARTADO 91

HABANA, CUBA

BIONODAL

FÓRMULA: "I"

50	{ Azufre coloidal	0.0005 gr.
	{ Cloruro de Tiamina	0.050 gr.
	{ Agua destilada c. s. h.	2. c.c.

FÓRMULA: "II"

100	{ Azufre coloidal	0.0005 gr.
	{ Cloruro de Tiamina	0.100 gr.
	{ Agua destilada c. s. h.	2. c.c.

ANTIRREUMATICO, ANTINEURITICO Y ANTINEURALGICO
ARTRITIS Y PERIARTRITIS REUMATICAS, BURSITIS,
CELULITIS, NEURALGIAS FACIALES, BRAQUIALES, IN-
TERCOSTALES, LUMBAGO, CIATICA

POLINEURITIS LIGADAS A DISTINTOS PROCESOS:
EMBARAZO, DIABETES, SIFILIS, INTOXICACIONES DIVERSAS

CIERTAS AFECCIONES CUTANEAS:
ESTADOS SEBORREICOS, ACNE, DERMATOMICOSIS

Un ampula diaria o en días alternos

PRESENTACION:

- I: Caja de 6 ampulas de 2 c.c., conteniendto 50 miligramos de Tiamina por ampula.
- II: Caja de 6 ampulas de 2 c.c., conteniendo 100 miligramos de Tiamina por ampula.

Preparado por los Laboratorios

INSTITUTO BIO-QUIMICO DE CUBA, S. A.

SAN LAZARO NUM. 659

HABANA, CUBA

Miembro de la Asociación de Laboratorios Cubanos



ESPECIALIDAD EN CALZADO
ORTOPEDICO A LA MEDIDA

EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCION
FACULTATIVA

Padre Varela Nº 553
entre Pocito y Jesús Peregrino

TELF. A-6562
HABANA

LA

TRICALCINE

**EL RECALCIFICANTE
CLASICO**

POLVO GRANULADO SELLOS COMPRIMIDOS

CARIES DENTARIAS
TRASTORNOS DENTARIOS DECALCIFICACION

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA, 21 Rue Chaptal, PARIS (IX^e)

DROGUERIA DANHAUSER

NEPTUNO Y PERSEVERANCIA



SURTIDO COMPLETO DE

DROGAS - PATENTES - PERFUMERIA



MENSAJEROS A TODAS PARTES DE LA CIUDAD

M-3202 - M-3203 - M-6600

OSCAR J. ANGULO

EQUIPOS DE HOSPITALES

NEPTUNO N° 565
HABANA

TELEFS. $\left\{ \begin{array}{l} \text{U-6300} \\ \text{U-4371} \end{array} \right.$

¿SU EDAD?



*¡La edad de sus
Arterias!!*

El SAC (Suero Antirreticular Citotóxico de Bogomolets)

MANTIENE la elasticidad tisular y en principio
E V I T A la rigidez de las esclerosis,
ESTIMULA directamente el sistema retículo endotelial
DETERMINA una fuerte reacción no específica,
FAVORECE notablemente la reparación tisular y
A Y U D A la acción eficaz de las drogas específicas.



LA HABANA, CUBA

Cirugía Ortopédica y Traumatología

REVISTA TRIMESTRAL

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

DIRECTOR FUNDADOR:

PROF. DR. ALBERTO INCLAN

CUERPO DE REDACCION:

PROF. RAFAEL PENÁLVER
PROF. PEDRO SANCHEZ TOLEDO
DR. JOSE I. TARAFA
DR. ALBERTO BARBA INCLAN
DR. ISIDORO PASCAU
DR. JOSE PEREZ LORIE
DR. LUIS IGLESIAS
DR. CARLOS ARAZOZA

DR. ARTURO FERIA (Santiago de Cuba)
DR. ALBERTO INCLAN WERNER
DR. RAUL RODRIGUEZ
DR. ULISES SOSA (Camagüey)
DR. A. JIMENEZ PLA (Matanzas)
DR. GUILLERMO BARRIENTOS
DR. ANTONIO PONCE DE LEON
DR. ANTONIO GASSIO (Santiago de Cuba)
DR. MARIO M. STONE

COLABORADORES NACIONALES:

Dr. Armando Carrero. — Dr. M. Sánchez Fernández. — Dr. Ernesto Despaigne. — Dr. José Sampetro. —
Dr. Guillermo Palacios. — Dr. José Lastra. — Dr. Amador Guerrero. — Dr. C. R. Ramírez
Corría. — Dr. Rafael Inclán.

COLABORADORES EXTRANJEROS:

Prof. Ober (Boston). — Dr. R. Ducroquet (Paris). — Dr. Henderson (Rochester). — Prof. Nove Josserand
(Lyon). — Prof. Ombredanne (Paris). — Dr. H. W. Orr (Lincoln). — Prof. Sorrell (Paris). — Prof. José
Vall (Buenos Aires). — Dr. Ortiz Tirado (México). — Profesor Bohler (Viena). — Dr. Armitage Whitman
(New York). — Dr. Juan Farrill (México). — Dr. Edward I. Compere (Chicago). — Profesor Lelio Zeno
(Rosario, Argentina). — Dr. Leo Meyer (New York). — Dr. Samuel Kleimber (New York). — Doctores
J. S. Speed y F. O. McGee (de la Willis C. Campbell Clinic, Memphis, Tennessee, E. U. A.).

SECRETARIO DE REDACCIÓN:

DR. ISIDORO PASCAU

JEFE DE CIRCULACIÓN:

MARIO MESA

Dirección Postal: APARTADO 1928 — La Habana, Cuba

Redacción y Administración: CALLE 21 N° 456, entre E y F, Vedado

Suscripción anual: \$3.00

Extranjero: \$4.00. Cy.

Número suelto: \$1.50

A los Señores Editores:

CIRUGÍA OTÓPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA hará mención de todas las tesis y monografías que le sean enviadas con un juicio crítico sobre las mismas firmado por un especializado, siempre que su importancia lo justifique. En la sección correspondiente a Literatura Extranjera se publicarán extractos de artículos originales de las revistas que se nos envíen mediante canje.

La reproducción de un artículo original en otra Revista, implicará la mención del título de ésta.

A los Señores Colaboradores:

Los trabajos originales deben remitirse con letra clara, líneas espaciadas y títulos breves, adjuntando un extracto a manera de resumen para ser traducido a otros idiomas. Los fotograbados serán enviados con notas explicativas para su interpretación.

SE SOLICITA EL CANJE
ON PRIE L'ECHANGN
SI PREGA L'INTERCAMBIO
EXCHTNGE IS DINDLY SOLICITED
AUSTAUSCH ERWUENSCHT!

Lo relacionado a Redacción y canje envíese a la dirección señalada más abajo:

Adresser tout ce qui concerne la Redaction et l'Echange a l'adresse ci-dessous:

Dirigiere tuto ciò che riguarda la Redazione e l'Intercambio al seguente indirizzo:

All correspondence respecting Redaction and Exchange should be addressed to the address below:

Bitte alles ie Redaktion und Austausch betreffende an die unten verzeichnete Anschrift zu richten:



CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

APARTADO N° 1928

LA HABANA, CUBA

SUMARIO

PAG.

Las sacrolumbalgias (Ponencia),

por el Porf. Dr. Alberto Inclán, Dr. A. Inclán, Jr., Doctor
I. Pascau, Dr. A. Ponce de León y Dr. M. Stone, . . . 1

La Sacrolumbalgia en Proctología,

por el Dr. Jorge R. Muñiz 34

Aportaciones a la Ponencia,

por los Dres. P. Sánchez Toledo; D. Orta; Tomás Arms-
trong; José I. Tarafa; A. Barba Inclán; E. Puget;
G. Barrientos; Arturo Fera Mora 36

Las Sacrolumbalgias

Por el Prof. Dr. Alberto Inclán, Dr. A Inclán Jr.,
Dr. Isidoro Pascau, Dr. A. Ponce de León
y Dr. Mario Stone

POR EL PROFESOR ALBERTO INCLÁN COSTA

Al presentar ante la Sociedad Nacional de Cirugía los síndromes dolorosos de la región lumbosacra, acompañados generalmente de ciatalgia, por lo que han sido llamadas también lumbociatalgias, sentimos la lógica responsabilidad de poder estudiar de manera completa y acabada, en el breve tiempo que se nos concede, síndrome tan complejo en su interpretación anatómica, patogénica, clínica y terapéutica. Por ese motivo encontraremos lagunas y deficiencias que quisiéramos poder evitar, pero que al intentarlo nos impediría, como pretendemos, destacar debidamente los puntos más salientes y de mayor importancia clínica y quirúrgica, que visualizados desde el campo de la Cirugía Ortopédica, puedan llevar a los que nos escuchan el concepto personal que tenemos de este síndrome, esperando que en el curso de la discusión las aportaciones de otros compañeros de especialidad y las de aquellos que cultivan otras ramas quirúrgicas, en las que son frecuentes por causas muy disímiles los síndromes dolorosos de la región lumbo sacra y las ciatalgias que los acompañan, puedan completar debidamente el estudio por nosotros realizado.

Fundamentados en la necesidad de destacar a grandes rasgos los puntos anatómicos, fisiológicos y radiológicos que han de servirnos como elemento básico en la interpretación de la patología que asienta a este nivel, he encontrado ayuda en la colaboración de algunos de mis discípulos que en nuestro servicio del Hospital Mercedes laboran a mi lado en la mejor solución de los problemas que a diario nos plantean los enfermos que nos consultan con dolores lumbo-sacros, convencidos de que lograremos así una más ajustada interpretación a la índole informativa y práctica de esta ponencia.

El tratamiento de este síndrome puede llegar a ser tan efectivo que se interprete como mágico o tan decepcionante que agote el interés del

médico y dé al traste con la fe y confianza del enfermo. A veces la indicación quirúrgica es precisa, pero en otras ocasiones el mismo médico desconfía de su éxito y vacila al hacerla. Para el enfermo no es siempre fácil aceptar los procedimientos cruentos recomendados por el cirujano, sin agotar antes, todos los métodos conservadores que puedan brindársele, sin repudiar los que puedan ofrecerle los quiroprácticos, los masajistas y en ocasiones hasta los brujos curanderos. No es raro observar en cargadores, estibadores y campesinos, el uso de cuerdas atadas en cinturón, con medallas, azabaches y otros amuletos que usan para prevenir las "cinturas abiertas" y los "derrengamientos". La sintomatología subjetiva es tan difícil de precisar que la simulación maliciosa es hecho muy corriente en las sacrolumbalgias de los accidentes en el trabajo.

Todo esto corrobora la importancia de un mejor conocimiento de este síndrome, a cuyo esclarecimiento han contribuido el clínico y anatómico, el radiólogo y el cirujano ortopédico, el neurólogo y el neurocirujano, el ginecólogo, el obstetra, el proctólogo y el urólogo con innumerables trabajos, monografías y libros voluminosos dedicados específicamente a este tema, lo que ha permitido un conocimiento mejor de su etiopatogenia y, por tanto, una selección más apropiada de su terapéutica.

El Dr. Alberto Inclán y Werner nos va a mostrar los puntos más salientes de la anatomía de la región lumbo sacra.



DR. A. INCLÁN, JR.

Destacamos aquellos puntos anatómicos y fisiológicos de mayor importancia en la región que nos ocupa.

La fascia lumbo dorsal envuelve y separa los músculos de la región lumbar en la forma siguiente: la lámina posterior, que es la más gruesa, se inserta en las apófisis espinosas y ligamentos supraespinales, y cubre la cara posterior del sacro espinal, a la vez que sirve de origen parcial al dorsal ancho y serrato posterior. La lámina intermedia se inserta en las caras posteriores y en los extremos de las apófisis transversales lumbares y cubre la cara anterior del sacro espinal y la posterior del cuadrado lumbar. La lámina anterior es la más débil. Se origina en las caras anteriores y bases de las apófisis transversas y recubre anteriormente al cuadrado lumbar. Las tres láminas se funden en una sola por fuera del sacroespinal y cuadrado lumbar, continuándose anteriormente con el músculo transverso. Ramas posteriores de los nervios espinales atraviesan el sacroespinal, fascia y dorsal ancho para inervar estos músculos y dar ramas cutáneas a la región lumbar. Procesos inflamatorios en cualquiera de estas estructuras que atraviesan pueden afectarlas.

Cada vértebra está compuesta de dos porciones: cuerpo y arco pos-

terior, con sus apófisis accesorias. Los cuerpos se articulan por discos intervertebrales que tienen centros resistentes, semilíquidos, pero capas periféricas elásticas, comprimibles, que permiten movimientos en todas direcciones. El centro semilíquido, o núcleo pulposo, resto del notocordio embrionario actúa a manera de amortiguador y se mueve hacia atrás a la flexión y hacia adelante a la extensión de la columna. Cuando las capas elásticas del disco se debilitan o rompen, permiten la salida o hernia de este núcleo pulposo hacia el canal vertebral. Los arcos posteriores están unidos por apófisis articulares que se proyectan un par hacia arriba y otro hacia abajo. Las articulaciones formadas están revestidas de cartílago y envueltas por cápsulas.

Los cuerpos vertebrales están unidos por fuertes ligamentos, uno anterior, el otro posterior, que se extienden desde el sacro al occipucio. Los ligamentos amarillos son ligamentos elásticos, fuertes, que recubren posteriormente el canal raquídeo y se insertan en las láminas. Los ligamentos interespinosos o intertransversos unen las apófisis espinosas y las transversas, respectivamente.

Las articulaciones sacro-iliacas sirven de amortiguadores entre la columna vertebral y las extremidades inferiores. Están formadas por superficies articulares de forma auricular, situadas en las masas laterales de las tres primeras vértebras sacras y por superficies similares en cada coxal. Estas superficies están recubiertas de cartílago en sus porciones anteriores, siendo ásperas en sus porciones posteriores. Las superficies son irregulares, lo cual da mayor estabilidad a la articulación. Las superficies articulares del sacro miran hacia afuera y hacia atrás, en tanto que las del coxal miran hacia adentro y adelante. La estabilidad de esta región depende en gran parte de fuertes ligamentos. La depresión longitudinal que se halla por detrás de la articulación está cruzada por el ligamento inter óseo posterior. Los ligamentos sacroiliacos cortos y largos posteriores forman una ancha y fuerte masa de bandas fibrosas dirigidas oblicuamente hacia el coxal desde la cresta externa del sacro. Los ligamentos sacro isquiático y sacro ciático toman su origen de los ligamentos posteriores y se anclan firmemente a la tuberosidad y espina isquiática, respectivamente. El ligamento sacro-iliaco anterior es débil y llega desde el sacro a la cara interna del coxal a cada lado.

Los ligamentos iliolumbares forman como una hamaca para la quinta vértebra lumbar, llegando desde su apófisis transversa a la porción posterior de la cresta iliaca.

Normalmente, las carillas articulares de las vértebras lumbares forman un ángulo con el plano sagital, que es de unos 25 grados en la lumbar, aumentando hasta 52 grados en la articulación lumbo sacra. Puede haber gran variación en este ángulo, desde 0 grados a 90 grados. Al mismo tiempo, las carillas, normalmente cóncavas las superiores, convexas las inferiores, pueden ser planas y pueden variar gradualmente de

tamaño, dando lugar a inestabilidad. Más importante aun son asimetrías que pueden presentarse ocasionando motilidad dispareja entre uno y otro lado.

Algunas anomalías debilitan el anclaje de la columna a la pelvis, otras exponen el contenido de los agujeros de conjunción a presiones, estiramientos o irritaciones. Por desgracia es la unión lumbosacra la más sujeta a esfuerzos mecánicos y al mismo tiempo la que mayor número de anomalías y defectos del desarrollo presenta.

Esto se debe a que hay en el hombre y otros cuadrumanos una tendencia al acortamiento de la columna vertebral por inclusión de la quinta lumbar en el sacro; además, la posición erecta en el hombre se ha logrado por una hiperextensión marcada en la región lumbar sacra. El primer proceso da lugar no sólo a variación numérica de las vértebras, sino también a sacralizaciones y lumbarizaciones parciales, que resultan en apófisis transversas gigantes, articulando con sacro o coxal, estrechamiento del espacio intervetebral lumbosacro, facetas articulares en el plano sagital, la posición más inestable posible, etc.

El segundo proceso da lugar a defectos en el desarrollo, tales como ausencia de apófisis espinosas, espina bífida, interrupciones en la continuidad de los arcos neurales, etc.

Como gran número de enfermos que sufren de ciatalgia tienen lesiones en las raíces que forman la llamada "cola de caballo", es importante tener un conocimiento anatómico exacto de su estructura. En el adulto, la medula espinal termina por lo regular a nivel del disco intervertebral situado por debajo de la primera vértebra lumbar. Las raíces que forman la cola parten de los segmentos lumbar y sacro de la medula, descendiendo en el espacio subaracnoideo y siendo libremente movibles, excepto al acercarse a los agujeros de conjunción por donde dejan el canal raquídeo, en donde se hallan fijas. A esto se debe que las lesiones intraraquídeas de esta región puedan rechazar las raíces sin producir cambios motores, sensitivos o reflejos, pero dando lugar al síntoma dolor. En cambio, las lesiones que producen compresión radicular cerca del agujero de conjunción, sí dan lugar a trastornos sensitivos, motores o reflejos. Tal ocurre en la hernia del núcleo pulposo que corrientemente produce trastornos compresivos a la raíz que deja el canal a una vértebra por debajo de la lesión, desplazando las otras sin dar lugar a signos de compresión.

Foerster ha demostrado que no ocurre anestesia a no ser que dos o más segmentos estén fisiológicamente interrumpidos. Por esto es difícil localizar exactamente lesiones de la "cola".

Se considera que el reflejo rotuliano está transmitido por la segunda, tercera y cuarta raíces lumbares, el aquiliano por la cuarta y quinta lumbares y primera y segunda sacras, el del bíceps por la primera, segunda y tercera sacras. Clínicamente, el reflejo rotuliano se hallaría afectado por una lesión a nivel del tercer disco lumbar, el aquiliano por lesiones

a nivel del quinto, en tanto que las lesiones del cuarto no alterarían los reflejos. En la práctica tal localización resulta exacta en un promedio reducido de casos.

El nervio ciático, el mayor y más largo del cuerpo humano se considera una prolongación del plexo sacro. Se ha llamado "el plexo sacro condensado en un cordón nervioso". Sus raíces de origen se encuentran próximas al cuarto y quinto disco intervertebral. A nivel de la escotadura sacrociática, todos sus componentes se unen para formar una sola banda, que pasa muy próxima a la porción inferior de la articulación sacro-iliaca. El nervio atraviesa la escotadura sacrociática, penetrando en la región glútea, entre el piramidal por encima y los géminos y obturador interno por debajo, aunque sus relaciones con el piramidal pueden variar grandemente, considerándose estas variaciones de valor clínico, ya que un espasmo continuado de este músculo pudiera dar lugar a compresión del nervio.



Los Dres. Isidoro Pascau y Ponce de León han realizado una revisión de la anatomía y fisiología radiológica de la región lumbo sacra.

DRES. ISIDORO PASCAU Y A. PONCE DE LEÓN

Desde el punto de vista radiográfico es indispensable hacer un examen radiográfico completo de toda esta región y queremos llamar la atención de los compañeros no especializados, ya que en multitud de ocasiones nos vienen a consultar enfermos trayéndonos un examen radiográfico muy insuficiente con una vista anteroposterior sólo o anteroposterior y lateral.

Debemos tomar una vista anteroposterior para poder observar el aspecto de los cuerpos vertebrales, la disposición de las carillas articulares y el tamaño de las apófisis transversas. Radiografía lateral para ver la forma de los cuerpos vertebrales, si hay o no alteración de la trabécula, la altura y posible alteración del espacio intervertebral, la disposición de la apófisis espinosa y de los pedículos y ver el tamaño del agujero de conjunción. Radiografías en vistas oblicuas a 45 grados, de acuerdo con la técnica de Ditter para ver bien las articulaciones apofisarias, si existe alguna anomalía o tropismo de las apófisis articulares y si hay o no estrechamiento del espacio articular. En algunas ocasiones la necesidad del caso nos obliga a tomar una radiografía en anteroposterior de la región lumbo sacra y sacro iliaca en un ángulo de 45 grados y en otras hasta radiografías estereoscópicas, hacemos radiografías con contraste del canal raquídeo solamente en casos excepcionales por los trastornos o secuelas que deja la sustancia opaca y que hemos tenido oportunidad de ver y tratar conjuntamente con neuro cirujanos

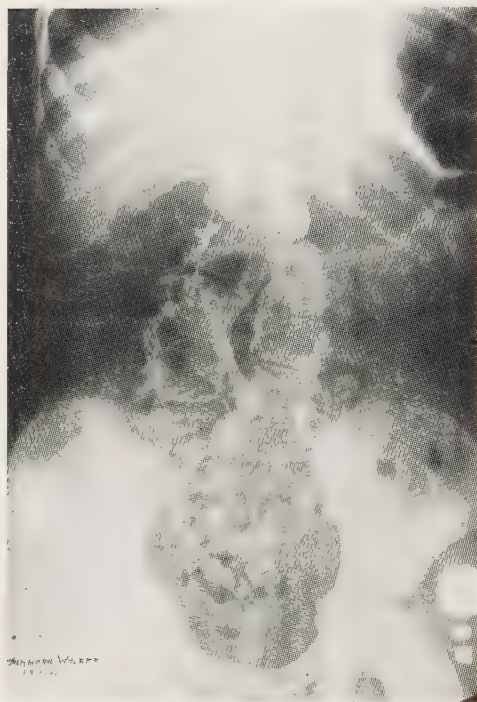


FIG. N° 1.—Vista A P mostrando una columna lumbar bífida congénita.

Para estudiar la movilidad fisiológica de la región lumbo sacra son indispensables, de acuerdo con las ideas de Ferguson, tomar radiografía lateral de esta región en posición de pie para compararla con la lateral tomada en posición acostada y radiografías laterales tomadas en posición horizontal con la pelvis en extensión y con la pelvis en flexión y medir estos distintos ángulos.

Es indispensable que la radiografía sea perfectamente lateral y los trazados que él recomienda son los siguientes: una línea posterior a los cuerpos vertebrales que va desde la parte más alta del ángulo posterior y superior de la quinta lumbar hasta la parte inferior y posterior de la primera sacra.

Una segunda línea paralela a ésta que va desde la porción anterior e inferior del cuerpo de la quinta lumbar a la parte anterior y superior de la primera sacra. Una tercera línea paralela a las otras dos y que va desde la porción posterior y superior de la primera sacra a la porción posterior e inferior de la quinta lumbar. Esta nos dará si existe o no desplazamiento de la quinta lumbar hacia adelante y hacia atrás de la primera sacra y además la altura del espacio lumbo sacro, la cual se puede medir por otra línea perpendicular a estas dos que toman la altura del espacio lumbo sacro y midiendo el ángulo de ésta determinar la altura que corresponde al espacio.

Para medir la movilidad de la región lumbo sacra, Ferguson recomienda una línea horizontal que siga la superficie superior del sacro y otra trazada horizontalmente al borde inferior de la placa que vendría a cortarse con la que sigue la superficie superior del sacro formando un ángulo, que Ferguson considera de unos 35 grados en el individuo normal y que haciendo el estudio comparativo de este ángulo en las placas tomadas en vista lateral de pie y acostada con la pelvis en extensión y en flexión nos da la movilidad de la región lumbo sacra. Ferguson considera como normal el radio de motilidad de esta región en unos 15 grados. El también señala que cuando el ángulo lumbo sacro de 35 grados aumen-

ta y se hace de 42 grados es que existe una inestabilidad de la región lumbo sacra, pero cuando llega a 47 grados la inestabilidad es grave y cuando es de 52 la insuficiencia vertebral es peligrosa. En el caso que mostramos aquí tenemos, que el ángulo lumbo sacro con el individuo acostado y con la pelvis en extensión es de 53 grados y con la pelvis en flexión es de 24 grados, dando una exageración de la motilidad de la región lumbo sacra alcanzando 29 grados. También podemos medir la movilidad de esta región utilizando otro trazado que consiste en una línea vertical que pase por la parte media del cuerpo de la quinta lumbar y otra por la parte media de la primera sacra al cortarse estas dos líneas forman un ángulo abierto hacia atrás y que en el caso que mostramos en la placa tomada en posición acostada es de 140 grados. En la vista



FIG. N° 2.—Alteración congénita de la columna y sacro con escoliosis y hemivértebras.



FIG. N° 3.—Vista lateral del mismo caso mostrando la sinostosis congénita de varios cuerpos vertebrales.

tomada de pie es de 142 grados; con la pelvis en extensión es de $136\frac{1}{2}$ grados y con la pelvis en flexión es de 151 grados, habiendo, por lo tanto, un radio de motilidad de $15\frac{1}{2}$ grados. Ferguson señala también que es importante determinar el punto de gravitación de la columna, lo cual se hace en la radiografía lateral por un trazado de una línea vertical que pase por la parte media del cuerpo de la tercera lumbar y que debe pasar por la porción anterior de la primera sacra. Cuando esta línea se desplaza hacia adelante y por lo tanto queda separada de la porción más anterior de la primera sacra en una distancia mayor de un centímetro, existe, según él, inestabilidad de la región lumbo sacra.



FIG. N° 4.—Vista A P mostrando otra alteración congénita de la columna lumbar y gran tumoración de la misma.

Hemos tenido la oportunidad de revisar 3,161 radiografías de la región lumbo sacra en la infancia, del archivo del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes y hemos observado que las vértebras sacras independientes en el momento del nacimiento comienzan a unirse alrededor de los ocho años, generalmente las dos primeras y terminando entre los doce y catorce años la osificación completa de todas las vértebras sacras. También hemos observado que en el momento del nacimiento los cuerpos vertebrales son biconvexos y los espacios intervertebrales de la región lumbar son bicóncavos y que generalmente la depresión en la parte anterior del cuerpo vertebral que corresponde a la vascularización embrionaria ha desaparecido. Las

carillas articulares de la región lumbar están en el plano anteroposterior. Alrededor de los ocho años los cuerpos vertebrales de convexos, se hacen planos en sus bordes y los espacios intervertebrales, de bicóncavos, pasan a ser rectangulares y comienza la modificación de las apófisis articulares de la región lumbar, siendo visibles algunas articulaciones en el plano sagital con las apófisis articulares en la posición externa e interna. Alrededor de los catorce años los cuerpos de la región lumbar tienen ya el aspecto de vértebra lumbar normal y el espacio intervertebral también la apariencia que mantendrá durante la época posterior de la vida y las articulaciones apofisarias ya están todas o casi todas en el plano sagital con las apófisis articulares en dirección interna-externa. Solamente en la región lumbo sacra es donde persisten las carillas articulares en el plano anteroposterior con la dirección de la articulación transversalmente.

Es esta región lumbo sacra una zona transicional de la columna vertebral y podemos encontrar en ella multitud de alteraciones congénitas que puedan influir o predisponer al síndrome sacrolumbalgia. Trataremos de pasar con la mayor rapidez posible algunas de las radiografías de alteraciones congénitas de esta región, queriendo señalar que por la brevedad del tiempo no nos es posible detenernos en detalles finos ni

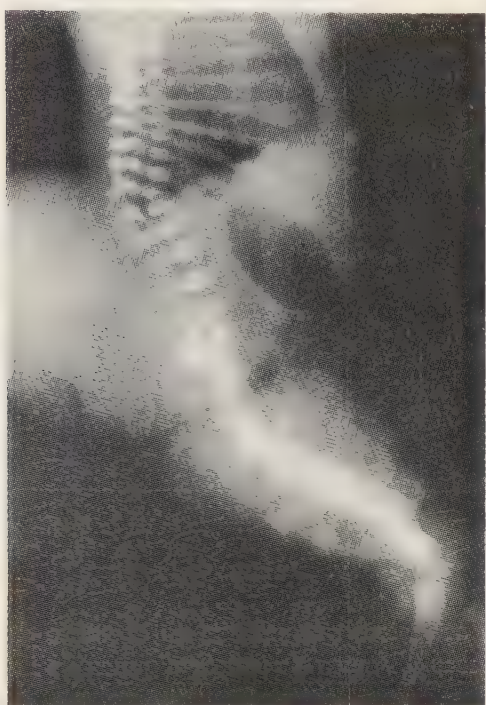


FIG. N° 5.—Vista lateral del mismo enfermo en la que es bien visible el mielomeaingoceles.

En la vista lateral se ve la sinostosis de varios cuerpos vertebrales con desaparición del espacio intervertebral y deformidad cifótica de la región lumbar. Entre las malformaciones congénitas podemos encontrar espina bífida con tumor de mayor o menor tamaño, sin detenernos nosotros a analizar el tipo de tumor, sino solamente que el examen radiográfico muestra una raquisquisis completa del sacro y de la quinta lumbar con una sombra tumoral bien visible en la doble vista, tanto en la anteroposterior como en la lateral y que, además muestra en la vista anteroposterior una alteración de la región lumbo sacra, como si fuera el inicio de una doble columna, como en el caso primero que hemos mostrado.

Podemos encontrar un hiatus de la región lumbo sacra de mayor o menor tamaño, pero que en algunas ocasiones va

podemos demostrar todos los casos.

Aquí tenemos entre las alteraciones congénitas capaces de provocar este síndrome una columna lumbar bífida o mejor dicho una doble columna lumbar con cambios de hemivértebras en toda la altura del segmento lumbar; además, malformación congénita de la región sacra.

Otra alteración congénita que toma no sólo el segmento sacro lumbar, sino que afecta toda la columna y que produce, como se ve en las vistas anteroposterior, una escoliosis y una inclinación de la región sacra y observen en que el sacro está constituido por diferentes fragmentos del cuerpo, al igual que la columna lumbar, que está constituida por hemivértebras.



FIG. N° 6.—Gran hiatus sacro con espolón de Lagrot.

acompañado de una apófisis espinosa gigante que cubre casi todo el hiatus. Esta apófisis espinosa gigante está descrita por Lagrot como espolón protector del hiatus antes señalado y que todos aceptan con la denominación de espolón o tubérculo de Lagrot.

En esta otra radiografía ven la alteración congénita de la apófisis transversa de la segunda y tercera lumbar, que son dos apófisis transversas gigantes y que están unidas o en sinostosis y que ha ocasionado una escoliosis y que pueden verse también en la vista antero-



FIG. N° 7.—Alteración congénita de la opófisis transversa de la 2ª y 3ª lumbar con sinostosis y cambios artrósicos de la misma.



FIG. N° 8.—Vista A P mostrando una raquisquis completa del sacro. Inclínación congénita del coxis.

posterior de este caso los cambios artrósicos que existen en el punto de unión de estas dos apófisis transversas. Vamos a mostrar algunas de las alteraciones transicionales de la región lumbo sacra o, mejor dicho, las sacralizaciones y lumbarizaciones. No vamos a detenernos en discutir la clasificación de Le Double de que existen seis tipos de sacralizaciones de la quinta lumbar, pero lo que sí quiero señalar y lo que todo el mundo sabe es que las sacralizaciones bien completas o incompletas, unilateral o bilateral pueden provocar el síndrome doloroso lumbo sacro; pero principalmente aquellos en que existen cambios artrósicos entre la apófisis transversa gigante y el apoyo en el alerón del sacro, como es bien visible en este caso que tenemos presente.

También podemos observar las alteraciones de esta región pélvica por la lumbarización de la primera sacra, y aquí

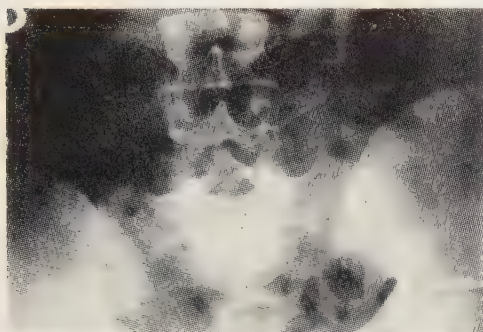


FIG. N° 9.—Vista anteroposterior mostrando una espondilolistesis con el aspecto de gorro de gendarme invertido.

les muestro un caso de lumbalización incompleta de la primera sacra, en que tiene una apófisis transversa gigante con ligeros cambios en el apoyo con el alerón sacro.

Radiografía vista anteroposterior mostrando un caso bien típico de espón-dilolistesis en que el desplazamiento del cuerpo de la quinta lumbar hacia adelante, la elevación posterior de la apófisis espinosa y



FIG. N° 10.—Vista lateral mostrando una espondilolistesis de último grado.

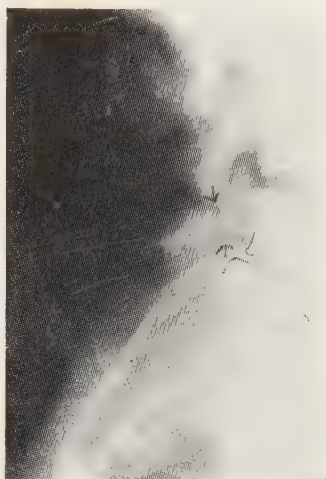


FIG. N° 11.—Vista lateral en la que es bien visible la espondilolistesis de la 5ª lumbar y ligero desplazamiento anterior del cuerpo de esta vértebra.



FIG. N° 12.—Radiografía con contraste en la que se puede observar la deformidad de la columna opaca.

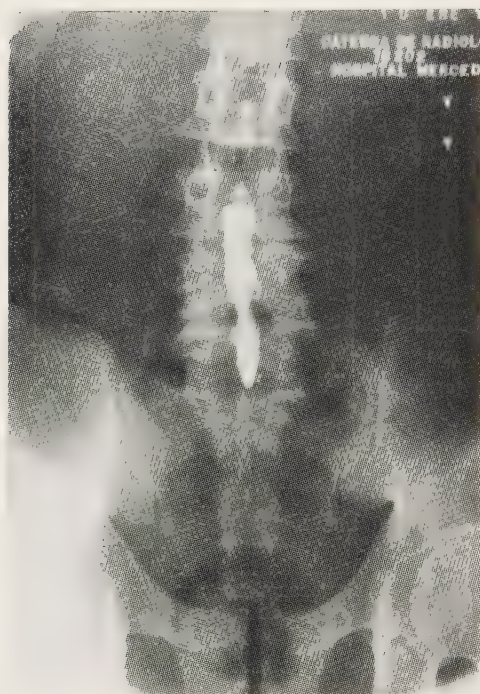


FIG. N° 13.—Radiografía con contraste en la que se observa la deformidad de la columna opaca por hernia del disco intervertebral.

teral. Además se nota una alteración de tropismo de las apófisis articulares de dos vértebras lumbares y una espina bífida oculta de la quinta lumbar.

la sombra de la superficie articular de la primera sacra dan el aspecto típico descrito por los clásicos como sombrero o gorra de gendarme invertida. En la vista lateral se puede ver perfectamente el desplazamiento de la quinta lumbar sobre el sacro, constituyendo prácticamente la espándilo ptosis con deformidad cuneiforme del vértice posterior de la quinta lumbar, descansando prácticamente la cara inferior de la quinta lumbar sobre la cara anterior de la primera sacra. Nótese bien el espacio existente entre la zona que corresponde al cuerpo y la apófisis espinosa, y véase la lisis del istmo.

En esta otra radiografía vemos una espondilolisis que es bien visible, tanto en la radiografía anteroposterior como la-

DR. ALBERTO INCLÁN COSTA

Con estos conocimientos nos podemos enfrentar al estudio etiopatogénico de las sacrolumbalgias. Para ahorrar tiempo hemos querido traer resumidos en los cuadros de Lewin los distintos factores etiológicos de las sacrolumbalgias. Como podemos ver, son muy numerosas las causas que pueden provocar un cuadro doloroso de la región lumbo sacra.

Podemos enunciarlas solamente:

Causas congénitas.—En este grupo podemos incluir todas las alteraciones anatómicas provenientes de vicios y trastornos de la osificación de la región lumbo sacra, desde la ausencia congénita del sacro hasta las vértebras supernumerarias: espina bífida, sacralización de la V. L.; lumbarización de la I. S.; apófisis transversas gigantes; espondilolisis congénita y los cambios en el tropismo vertebral, afectando la disposición de las carillas articulares, siendo este factor, en nuestro criterio, una causa predisponente para las insuficiencias lumbosacras consecutivas a

esfuerzos, traumatismos, etc., y secundariamente para los cambios artrósicos que observamos con extraordinaria frecuencia a este nivel.

Causas traumáticas.—En este grupo hay que considerar los traumatismos violentos y únicos y los pequeños traumatismos a repetición. Los primeros producen generalmente cuando afectan la vértebra, fracturas del cuerpo, pedículos, láminas y facetas articulares, acompañadas o no de dislocación. A veces son las epifisitis post-traumáticas y las espondilosis y espondilolistesis post-traumáticas las que nos traen a distancia el cuadro doloroso.

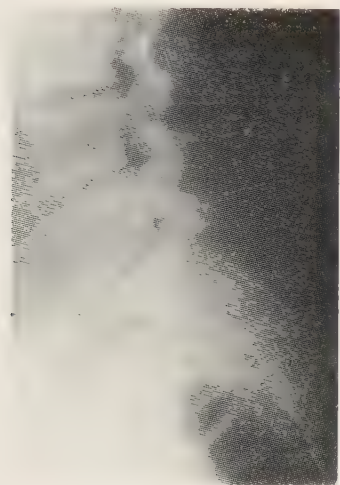


FIG. N° 14—Vista lateral mostrando estrechamiento del espacio lumbosacro en un caso de hernia de disco.

El traumatismo puede afectar al disco intervertebral, produciendo la hernia del disco o del núcleo pulposo y secundariamente proceso degenerativo del mismo con estrechamiento del espacio lumbosacro y signos de espondilosis anquilosante.

Es más frecuente que el traumatismo pueda producir lesiones ligamentosas por ruptura o distensión y secundariamente fibrosis o hipertrofia, como sucede con la del ligamento flava o ligamento amarillo y con la fibrositis ligamentosa adhesiva. Lo mismo podemos decir de las fascias y los músculos y de las lesiones traumáticas de los nervios a este nivel: las quemaduras de la piel, las cicatrices adherentes, los cuerpos extraños, proyectiles.

Causas estáticas.—Aquí están incluidas las distensiones y estiramientos y distorsiones provocados por la gravitación, cuando existen alteraciones posturales y posiciones viciosas en los elementos constitutivos de la región: ligamentos, músculos, fascias, articulaciones y huesos. Las escoliosis, las lordosis exageradas lumbosacras, la oblicuidad pélvica por cualquier causa que sea, las debilidades y parálisis musculares, las inmovilizaciones prolongadas son factores causales de la sintomatología álgica lumbosacra.

Causas infecciosas.—Las infecciones agudas y crónicas, ya localizadas o ya distantes (infecciones focales), artritis, osteítis, osteomielitis, Aquí pueden incluirse, además de las localizaciones infectivas de la tuberculosis, sífilis, tifoidea, brucelosis, etc., ciertas enfermedades que pueden producir sacrolumbalgia como es la poliomyelitis, meningitis, etc.

Causas neoplásicas.—Tumores primarios y secundarios. El tumor de células gigantes —el hemangioma y el mieloma son los más frecuentes—, entre los primeros y entre los metastásicos el carcinoma por tumor

primario prostático. La enfermedad de Hodgkin nos da frecuente localización ósea en la región lumbosacra. Los tumores medulares y meningeos son causas de intensas sacrolumbalgias con ciatalgias rebeldes, aunque el cuadro clínico es más neurológico que osteoarticular.

Causas metabólicas. — Endocrinas y degenerativas. Enfermedades nutricionales como el raquitismo y la osteomalacia; la osteoporosis senil; obesidad, acromegalia; la enfermedad de Paget; el hiperparatiroidismo; gota; osteoartritis, espondilitis deformante.

Causas circulatorias. — Esclerosis calcificante de la aorta abdominal; aneurisma; hemorragia, hematoma, isquemia; *várices* intrarraquídeas.

Causas neurológicas. — Causas infecciosas: neuritis, radiculitis, meningitis, aracnoiditis; syringomielia, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis en placa; hemorragia, edema, histeria captocornia; simulación maliciosa.

Causas hematológicas. — Discrasia sanguínea: leucemia primordialmente.

Causas abdominales y proctológicas.

Causas urológicas.

Causas ginecológicas.

Causas obstétricas.

Como podemos comprender, después de la enumeración de todos estos diversos y disímiles factores etiológicos, el diagnóstico causal del síndrome que estudiamos es a veces difícil o casi imposible. Pero si al estudiar el concepto etiopatogénico desglosamos, de acuerdo con el cuadro clínico, los distintos factores patogénicos, pudiéramos dividir primariamente el síndrome en dos grandes grupos:

Sacrolumbalgias de origen vertebral.

Sacrolumbalgias de origen extravertebral.

En el primer grupo debemos incluir todos aquellos casos en que el agente etiológico produce manifestaciones patológicas en la región lumbo-ilio-sacra, bien por trauma, por posiciones y actitudes viciosas, por malformaciones congénitas, por enfermedad vertebral o por lesiones tumorales.

En el segundo estarán incluidos todos los síndromes sacrolumbálgicos producidos por afecciones que radican fuera de la columna lumbo-sacra, como son: enfermedades infecciosas; infecciones focales; enfermedades viscerales, abdominales y pélvicas; enfermedades de la región retroperitoneal, neurosis, histeria, simulación maliciosa, obesidad y otros síndromes endocrinos.

A su vez es de gran importancia dividir a las sacrolumbalgias atendiendo a la localización del dolor, en dos subgrupos de gran interés clínico: Sacrolumbalgias puras, con dolor localizado a la región lumbo-sacro-iliaca, y sacrolumbalgia con ciatalgia; es decir, con dolor irradiado, siguiendo diversas trayectorias, pero todas ellas en dirección del nervio ciático y sus ramas terminales.

En este último grupo, preponderante en las estadísticas extranjeras y también en nuestros propios casos, encontramos los que dan lugar a las mayores dificultades diagnósticas.

Los conceptos patogénicos sostenidos por Sicard, Forestier, Leri, Bertelottis, Putti y otros investigadores que mantenían el criterio de que estos dolores eran necesariamente producidos por compresiones de las raíces nerviosas en su distinto recorrido no es aplicable a un alto porcentaje de casos. Sicard, creador de la neurodocitis, introdujo una nomenclatura de acuerdo con el punto donde pudiera producirse dicha compresión. Si la misma era en el trayecto entre la medula y el ganglio se denominaba a la lesión radiculitis; si a nivel del ganglio, ganglionitis; si a la salida del agujero de conjunción, funiculitis; si por fuera del mismo plexitis, y si en la trayectoria del tronco nervioso,



FIG. N° 15.—Vista A P de un caso de espondilitis anquilopoyética.



FIG. N° 16.—Vista lateral del mismo enfermo de espondilitis anquilopoyética.

neuritis troncular, esforzándose en diferenciar estas aigias del dolor de la radiculitis de Dejerine, ya que la funiculitis como la neurodocitis, por él creada, significaban la compresión de algún tronco nervioso al pasar por algún conducto óseo, osteofibroso o aponeurótico y se producía por inflamación de ese canal y la irritación por propagación directa a la raíz o al tronco nervioso contenido en el mismo, atribuyendo a la neurodocitis una causa extrínseca, excluyendo la posibilidad de lesiones centrales o de lesiones intrínsecas primitivas del nervio. Por el contrario, la radiculitis descrita por Dejerine es el síndrome sensitivo o sensitivo motor característico de una distribución radicular y provocada por una inflamación de la raíz en su trayectoria o curso intrameningeo.

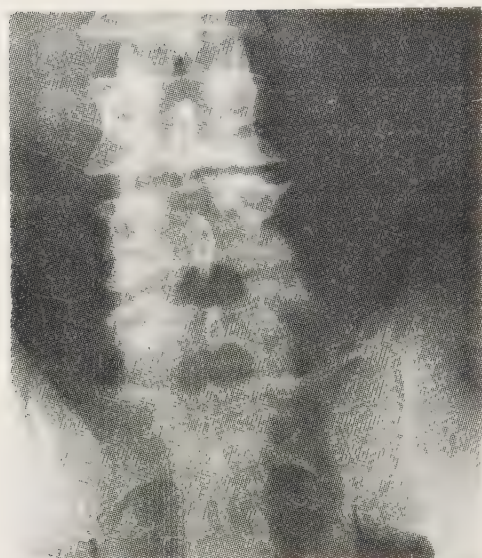


FIG. N° 17. — Vista A P mostrando estrechamiento del espacio intervertebral y formaciones espiculares.

patología vertebral, acompañándose de raquialgia, contractura muscular, rigidez articular y actitud anormal.

Es indudable que las ideas de Sicard fueron punto de partida de nuevos estudios para explicar los dolores ciáticos de las sacrolumbalgias, pues modificaban el concepto patogénico atribuido a la radiculitis. Sin embargo, la neurodocitis, como dice Franceschelli, "no es más que una etapa intermedia de una cadena morbosa que presupone un punto de partida. No es más que un episodio, tal vez el más saliente, de un mecanismo fisiopatológico complejo del cual es necesario analizar e individualizar los caracteres y la importancia de factores causales propios y verdaderos".

¿Cuáles son estos factores, dónde se originan y cómo actúan?

La funiculitis, según Sicard, es el síndrome álgico o sensitivo motor, que se produce por una afección del funículo en el canal de conjunción intervertebral.

Mientras la radiculitis es la reacción de la raíz en su curso intraaracnoideo, la funiculitis es la reacción parcial o total del cordón mixto radicular en su trayecto ganglopléxico al atravesar el canal de conjunción, por fuera del saco aracnoideo y del líquido céfalorraquídeo.

La radiculitis participa principalmente de la patología medular y la funiculitis de la

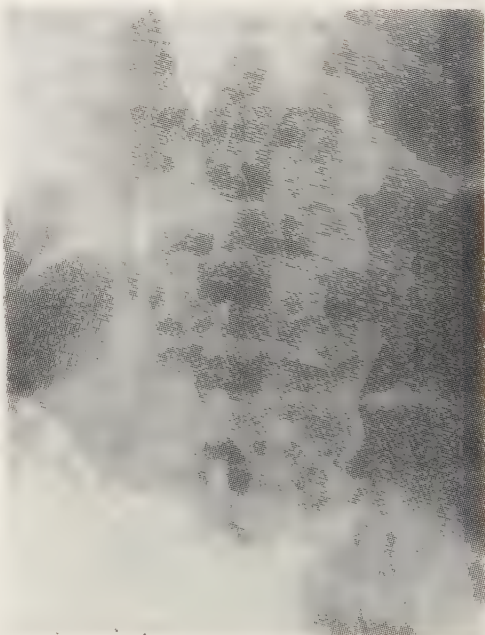


FIG. N° 18. — Vista A. P. bien demostrativa de espondilo artrosis.



Para explicarlos la escuela italiana de Putti procede a una serie de investigaciones anatómicas, radiológicas y ortopédicas.

Las primeras conducen a una clasificación de las anomalías del desarrollo, de la asimetría y las variaciones numéricas que asientan en el límite lumbo sacro de la columna vertebral, que resume Putti en 1910, catalogándolas en: 1º, variaciones numéricas; 2º, variaciones morfológicas; 3º, variaciones mixtas; 4º, heteromorfismo regional.

En este mismo año, Adams publicó el primer caso de síndrome ciatálgico unilateral en una escoliosis, en el que la resección de la apófisis transversa curó la ciatalgia y mejoró la escoliosis.

No creemos del caso detenernos en la evolución histórica de los estudios del heteromorfismo lumbosacro, con los trabajos de Le Double, Kleinschmidt, Calve, Goldthwait, Schaede y tantos otros. Bertelotti, en estudio radiográfico de gran interés señala la importancia de las "anomalías de las articulaciones intervertebrales en esta región de pivotaje, que pueden acarrear graves consecuencias" y señala por primera vez la importancia "del proceso irritativo (artritis) que puede producirse en la artrodia constituida con el iliaco y la base del sacro y por la apófisis transversa gigante de las sacralizaciones incompletas".

Leri descubre en 1918 su "lumboartritis", interpretándola como una forma aislada de reumatismo localizado a la columna lumbar, explicando las lumbociatalgias como síntomas radiculares, producidos a nivel de los agujeros de conjunción y en el canal sacro anterior, y afirma: "Estamos convencidos que muchos casos de ciática reumática vulgar no son, en realidad, más que manifestaciones de alteraciones ósteoarticulares crónicas o "pousses" agudas de las lumboartritis".

Leri, por lo tanto, hace surgir el concepto patogénico de la artritis en la producción de las lumbociatalgias, atribuyéndoles un mecanismo patogénico unitario, del cual la artritis y la neurodocitis representan los dos pilares esenciales.

A Putti debemos los claros conceptos patogénicos que en la explicación de este síndrome ofrecen sus estudios sobre las lesiones de las articulaciones apofisarias del segmento lumbo sacro, debiendo concedérsele el mérito de haber reunido al factor neurodócítico el factor articular y señalando la importancia de las variaciones o vicios del tropismo articular, sobre todo a nivel de la quinta vértebra lumbar y los cambios que los mismos provocan en la motilidad articular lumbo sacra, según sean simétricas o asimétricas las articulaciones apofisarias y según la orientación que presenten las facetas o carillas articulares de las mismas, llegando a explicar los cambios de adaptación fisiológica que estas anomalías provocan y conducentes a inestabilidad o insuficiencia lumbo sacra y a procesos irritativos que se traducen por marcados cambios artrósicos a nivel de estas articulaciones, cambios que llegan a afectar las articulaciones todas intersomáticas, constitutivas de un trípode articular íntimamente conectado.

Estos conceptos patogénicos han dominado durante largo tiempo las indicaciones terapéuticas de la sacrolumbalgia; sin embargo, no pueden dar explicación cabal a numerosos casos que no presentan alteraciones esqueléticas congénitas ni alteraciones patológicas evidenciables y están caracterizados por dolores localizados a esta región y dolores irradiados en el trayecto del ciático.

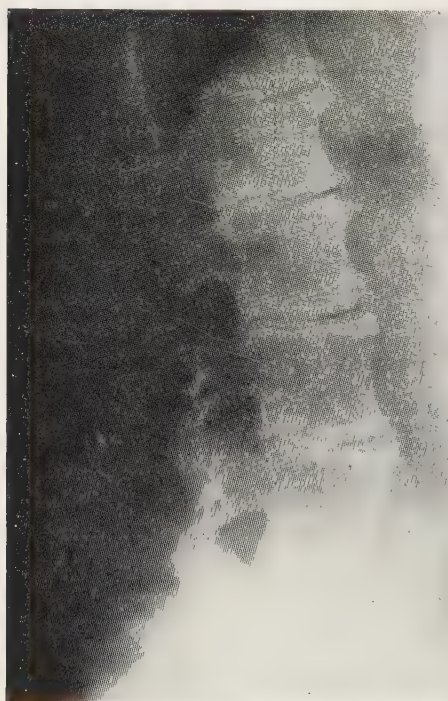


FIG. Nº 19.—Vista lateral en la que se pueden observar la degeneración de los discos intervertebrales y su calcificación.

Steindler señala que el “gran obstáculo” en el diagnóstico de la sacrolumbalgia es la irradiación ciática del dolor. La confusión es debida principalmente al criterio generalmente aceptado de que la irradiación ciática debe significar necesariamente *irritación directa*, ya del tronco nervioso o de sus componentes radiculares, asumiéndose por ello que la ciatalgia debe interpretarse como un fenómeno de compresión en la trayectoria del nervio. Sin embargo, con la excepción de uno o dos casos en que claramente se puede afirmar esta compresión, no hay ninguna prueba anatómica de que la compresión directa del nervio ciático sea responsable del fenómeno ciatálgico.

Los casos excepcionales en

que hay pruebas de presión directa sobre las raíces del nervio ciático, cuando la lesión radica en el canal raquídeo, son, por ejemplo: tumor, hernia del disco o del núcleo pulposo o hipertrofia del ligamento amarillo. Steindler no está convencido de que se pueda probar que las anomalías vertebrales son responsables de compresiones directas radicales, creyendo más bien que las mismas favorecen las distensiones musculares y ligamentosas, que son los puntos de partida del dolor irradiado.

Tampoco ha sido probada la compresión de la raíz en el foramen en casos de artritis proliferativas, aunque no puede negarse que pudiera existir.

Hay, según Steindler, un numeroso contingente de casos de sacrolumbalgia en que la irradiación ciática no tiene nada que ver con irritación directa del nervio o sus raíces, sino que constituye un fenómeno reflejo que sigue y no precede al dolor sacrolumbar. Señala la importancia de las ramas recurrentes o nervios sinus vertebrales y afirma que las ramas aferentes de este arco reflejo están constituidas por las fibras nerviosas sensitivas que inervan los músculos, ligamentos y aponeurosis lesionadas y que la conexión con el nervio ciático no se hace más abajo que en el ganglio espinal y posiblemente en la medula. Para probar esta afirmación se basa en que la inervación motora y sensitiva de las partes blandas de la región dependen exclusivamente de la división posterior primaria de la raíz, y que ella suministra inervación motora y sensitiva a los músculos espinales, a sus aponeurosis e inserciones periólicas, a las vainas musculares y a los ligamentos superficiales, formando una unidad fisiológica.

Además, las inserciones tendinosas del glúteo mayor, así como del tensor de la fascia lata, los ligamentos posteriores sacroiliacos, el ligamento sacrociático y sacroisquiático e indirectamente el músculo piriforme con sus relaciones anatómicas con el ligamento sacroisquiático, están todos inervados por esta rama primaria posterior. También los ligamentos profundos de la articulación sacroiliaca, los ligamentos ilio-lumbares y la articulación transverso-sacra en casos de sacralización son también en parte inervados por dichas ramas posteriores.

Steindler y Luck han probado la conexión entre las lesiones músculo aponeuróticas y el dolor irradiado, fundados en que la exageración provocada del dolor en los puntos álgicos de referencia o "trigger points" produce exacerbación del dolor irradiado y que la novocainización de dichos puntos, al eliminar el dolor localizado en ellos, ha eliminado al mismo tiempo el dolor irradiado, considerando que más de un 30% de los casos de sacrolumbalgias, en su estadística, pertenecen a este grupo.

Es también importante señalar que el nervio ciático, a su salida de la pelvis, donde es muy frecuente la existencia de un punto álgico constante, se encuentra en estrecha vecindad y a veces atravesando al músculo piriforme, al cual atribuye Freiberg una gran preponderancia en la expli-

cación del dolor irradiado y aun en la explicación del signo de Lassegue positivo que no cree obedezca a elongación del nervio ciático, sino a distensión del piriforme al realizar la maniobra característica para provocarlo.

Resumiendo, podríamos decir que la sacrolumbalgia es un síndrome doloroso de la región lumbo sacra, a menudo acompañado de dolor irradiado ciático, ciatalgia, en cuya producción pueden intervenir cambios congénitos a patológicos locales que afecten la estructura y disposición anatómica o las condiciones fisiológicas de los componentes de dicha región, o por lesiones en órganos o regiones vecinas que puedan, por mecanismo reflejo, producir sintomatología, siendo la ciatalgia debida o bien a compresión directa o indirecta radicular, pléxica o troncular, o bien producida por un mecanismo reflejo en que intervienen como afe-
rentes los nervios sensitivos de las partes blandas de dicha región.



F.G. N° 20.—*Osteomyelitis vertebral.*

HISTORIAL CLINICO Y EXAMEN FISICO

Hemos querido traer como demostración gráfica, de la sintomatología, una exploración captada cinematográficamente de dos enfermos padeciendo una sacrolumbalgia, acompañada de dolor irradiado en la trayectoria del ciático derecho.

En estos casos, como en todos los síndromes dolorosos, los datos referentes a la anamnesis son de extraordinario interés. El tiempo que dediquemos a un buen interrogatorio será siempre bien recompensado.

Debemos destacar la importancia de la edad, ocupación, hábitos, herencia, infecciones, trauma.

Referente al proceso que aqueja al paciente, comienzo del mismo, si es recidivante o ha tenido cuadros similares anteriores; si se ha producido por esfuerzo, por trauma directo, por traumas pequeños continuados, relacionados con su ocupación habitual. Localización del dolor. Si hay dolor irradiado, caracteres del mismo. Si es brusco, como relámpagos,

si es sordo y continuado. Si se exagera con la tos, estornudo, risa o defecación. Extensión del mismo. Si hay signos subjetivos de sensibilidad; parestesia, hipoestusias; calor; frío. Si ha tenido o no otras manifestaciones álgicas; cervicales, dorsales. Miembros superiores.

Por último, todos los datos concernientes a su estado general: piezas dentarias, amígdalas, senos perinasales, aparatos gastrointestinal, urinario, dieta, enfermedades infecciosas preexistentes, blenorragia, lúes. Si ha habido embarazo, parto o abortos.

Si ha recibido tratamiento; cuál y sus efectos. El examen del enfermo lo hacemos siempre desnudamente, cubriendo solamente los genitales y también los senos de la mujer.

Primero en la posición de pie observamos la actitud, comenzando desde los pies, arcos plantares; si hay un *genus valgo*, *varo* o *recurvatum*; si hay várices; si es correcta la actitud o si hay escoliosis con inclinación del tronco hacia adelante o lateral. Si existe lordosis lumbar exagerada o, por el contrario, borramiento de la lordosis lumbar fisiológica (actitud envarada).

Si existe Romberg. Investigamos entonces la movilidad del tronco en flexión, extensión, inclinación lateral e inclinaciones oblicuas, anotando el grado de limitación y la exacerbación dolorosa en cada movimiento. Hacemos caminar al enfermo y observamos su marcha, si hay claudicación, si está envarado durante la marcha y si le produce dolor.

Hacemos el mismo examen en posición sentada, observando si desaparece la actitud escoliótica en esta posición. En ella investigamos un signo que nos ha resultado de gran constancia en las sacrolumbalgias y que mis discípulos conocen con el nombre de signo de Inclán. En posición sentada la flexión del tronco puede realizarse en casos de lesión sacro lumbar por rotación pélvica. Si cruzamos la pierna sobre el muslo fijamos la pelvis y la cadera, y, entonces, la flexión no puede realizarse y si la hacemos forzosamente producimos exacerbación del dolor con exageración del dolor irradiado. Probamos también el poder de flexión dorsal y supinación comparativa de ambos pies. En posición sentada hacemos la investigación de los reflejos rotulianos y aquilianos y reflejos plantares, terminando de investigar los reflejos cremasterianos y abdominales al acostar al enfermo, donde hacemos una segunda investigación de los Aquiles en flexión, abducción y rotación externa de muslos y piernas.

En esta posición investigamos las articulaciones de los miembros inferiores y con signos especiales, caderas, sacroilíacas y lumbosacra. Los signos investigados de rutina son el de Lassegue, Bragard, Goldthwait, Kernig, Fabere Patrick, Laguerre y Gaenslen. Mediciones comparativas de la longitud y circunferencia de muslos y piernas son tomadas también en esta posición para asegurarnos de si existe algún acortamiento o atrofia muscular segmentaria.

Con el enfermo en posición prona, y rodillas flexionadas, investigamos nuevamente los reflejos aquilianos, en forma comparativa; el signo de Ely, o flexión de la pierna hasta tocar la nalga, es de gran importancia en las lesiones lumbo sacras, produciéndose una elevación de la pelvis por rigidez del segmento lumbo sacro al distenderse la fascia y músculos crurales. Si fijamos la pelvis, la flexión de la pierna sobre el muslo queda limitada y provoca dolor en la región anterior del muslo.

Una prueba similar es la de Nacklass, que al mismo tiempo que realiza flexión de la rodilla, hiperextiende el muslo. Por último investigamos la hipertensión de la columna, precisando el punto álgico máximo y la rigidez existente. También en esta posición buscamos los puntos álgicos señalados por Steindler y Haggart para localizar los síndromes dolorosos de músculos y fascias sacro-espinales; lumbo sacro, glúteo; transverso sacro; tensor de la fascia lata, y síndrome difuso miofascial, por presión profunda con el pulgar en los puntos anatómicos de reparo correspondientes a cada una de estas localizaciones álgicas. Esta palpación revela también nódulos grasosos dolorosos en la región glútea y sacroiliaca, atribuidos a hernias de la grasa cubaponeurótica.

En posición lateral, investigamos el signo de Ober para la fascia lata y el de Lewin para la sacroiliaca.

Por último colocamos al enfermo de rodillas y probamos nuevamente los reflejos aquilianos comparativamente, siendo ésta en nuestra opinión, la posición de elección para poder apreciar los cambios unilaterales de este reflejo tendinoso de importancia diagnóstica en las compresiones radiculares del segmento lumbo sacro, por hernias de disco, hipertrofia de ligamento amarillo, hernia de núcleo pulposo, tumor, etc.

Completaremos nuestro examen con una inspección de la nasofaringe; de las encías y piezas dentarias; con un estudio de la sensibilidad táctil, dolorosa, térmica y profunda, así como del sentido estereognóstico en miembros inferiores; reflejo pupilar a la luz y a la acomodación, completándolo si lo creemos conveniente con un examen ginecológico, proctológico, urológico o neurológico, por especializados en dichas materias.

Después de este examen clínico, el estudio radiológico de la región lumbo sacra hecho en la forma completa y metódica ya señalada y los exámenes complementarios de laboratorio: examen de orina, hemograma, eritrosedimentación, química sanguínea, reacciones serológicas y si fuera preciso el examen del líquido céfalo raquídeo para estudiar cambios citológicos y valoración de las albúminas. La mielografía con lipiodol sólo la aconsejamos en casos extremos en que fuera necesario confirmar un tumor medular o una compresión por hernia de disco, ya que hemos observado en dos casos aracnoiditis quística por su empleo y por creer con Dandy que la sintomatología clínica neurológica asociada a la radiografía simple, puede hacer un diagnóstico bastante exacto de la localización compresiva radicular.

No tenemos experiencia con la neumomielografía, aunque no parece satisfacer enteramente a muchos que la han usado.

Nuestro diagnóstico clínico se fundamentará en la valoración de los signos de positividad obtenidos por la investigación clínica y los exámenes complementarios, pudiendo llegar a la conclusión diagnóstica no sólo de la existencia de una sacrolumbalgia, sino también a un pronunciamiento etiopatogénico de seguridad o de presunción, que nos permita decidir sobre el pronóstico y tratamiento de cada caso.

Las distensiones musculares, aponeuróticas y ligamentosas con ciatalgias reflejas y puntos álgicos precisos ameritan una prueba de novocainización como medio diagnóstico diferencial.

Las sacrolumbalgias consecutivas a procesos de espondilo artrosis con anomalías concomitantes en la disposición facetaria, sacralizaciones, lumbarizaciones, espina bífida oculta, espondilolisis, espondilolistesis y presentando ciatalgia, requieren a veces como prueba diagnóstica la novocainización del ciático, la tracción continua en cama dura y modificaciones posturales de la lordosis lumbar.

En ocasiones podremos afirmar fundados en la historia de dolores bruscos y como latigazos irradiados por la cara pósterior externa del muslo y externa de la pierna y pie, con cambios de sensibilidad, disminución o ausencia del reflejo aquiliano, cierta disminución de la potencia muscular y atrofia evidenciable por las mediciones, Lasseque positivo y exacerbación del dolor con la tos, estornudo, risa, en una hernia de disco y precisar con bastante justeza una compresión de la quinta raíz lumbar o de la primera sacra.

A veces hay que recurrir para un diagnóstico de precisión al estudio del líquido céfalo raquídeo o a la mielografía con sustancia opaca.

En nuestra experiencia no es raro encontrar varios factores causales de una lombocitalgia, concurriendo en el mismo caso una sintomatología articular ligamentosa o de fascia, con un síndrome neurogénico de compresión por hernia de disco. Por ello algunos cirujanos tratan de establecer un diagnóstico diferencial entre las sacrolumbalgias neurogénicas y las que no lo son.

Sólo nos queda hacer un diagnóstico diferencial que nos permita excluir afecciones que puedan localizarse en esta región como son: espondilitis infecciosas, tuberculosa, sifilitica, tífica, actinomicótica, brucelósica; osteocondritis de la adolescencia; osteomielitis piógena vertebral; tumores benignos y malignos; manifestaciones óseas de las hemopatías; localización sacrolumbar de la enfermedad de Paget, y de la enfermedad de Hodgkin; cambios óseos consecutivos a enfermedades nutricionales y metabólicas: raquitismo, osteomalacia, hiperparatiroidismo o enfermedad de Recklinhausen, histeria, fracturas y dislocaciones vertebrales, enfermedad de Kummel, escoliosis estructural de la adolescencia, artritis infecciosa, artritis reumatoidea, osteoartritis, espondilitis deformante, etc.

No nos es posible detenernos en la enunciación de cada uno de estos diagnósticos diferenciales.

PRONOSTICO

El pronóstico de las sacrolumbalgias está íntimamente ligado al substratum etiopatogénico productor del síndrome. Es indudable que las que obedecen a factores traumáticos ligeros, catalogadas entre los esguinces, curan rápidamente sin dejar secuela; en aquellos en que se hayan producido cambios degenerativos, a expensas de recidivas de las lesiones causales o por adaptaciones fisiológicas, y más aún cuando se han llevado a cabo cambios proliferativos consecutivos a irritación, distensión o desgarros tisulares repetidos, el propóstico curativo se agrava y las indicaciones terapéuticas se hacen más radicales. En los casos en que la sacrolumbalgia sea un síntoma de localización patológica infecciosa vertebral, o neoplásica, el pronóstico se agrava de acuerdo con el tipo de lesión patológica que en la región asiente.

TRATAMIENTO

Sólo deseamos exponer la conducta que seguimos en el tratamiento de nuestros casos, de acuerdo con el diagnóstico etiopatogénico a que hayamos podido llegar en cada uno de ellos. Por lo tanto, no podemos decir que hay una terapéutica unicista para todas las sacrolumbalgias. Muchos de nuestros enfermos nos han llegado enviados por clínicos, ginecólogos, urólogos, neurólogos, después de concienzudos exámenes, lo cual demuestra que en este síndrome el concurso de distintos esfuerzos es en muchas ocasiones indispensable.

Las sacrolumbalgias consecutivas a esfuerzo o traumatismo, suelen presentar un cuadro agudo en que predominan el dolor, a veces intolerable y la impotencia funcional, lo que impide al enfermo los movimientos más sencillos, aun para cambiar de posición en la cama. Sentarse o ponerse de pie es tan doloroso que el enfermo no puede intentarlo. La tos, el estornudo, la risa, la defecación provocan crisis dolorosas extremas. En muchos de estos casos la palpación revela puntos álgicos precisos y puede haber o no dolor irradiado.

El tratamiento ha de ser en primer término la sedación del dolor. Si hay puntos álgicos hay que novocainizarlos. Hay que inmovilizar la región afectada con corselete de tiras imbricadas de esparadrapo transversales y oblicuas para tratar de dar sostén a la región y aliviar el espasmo muscular de defensa que caracteriza este período agudo.

El enfermo debe permanecer en reposo, en cama semidura, con los muslos y piernas semiflexionados y dejándose voltear para mantener análoga posición, pero sin hacer esfuerzo voluntario para ello. Calor local

en la forma más asequible, prefiriendo la diatermia y la almohadilla eléctrica. Como medicación aparte de la antiálgica, usamos corrientemente Vit. B₁, asociada a azufre coloidal, Naialgina, Patogenol, etc. El fundamento terapéutico está en las novocainizaciones de los puntos álgicos, siguiendo el concepto terapéutico preconizado por Leriche para los esguinces o entorsos articulares, la inmovilización, el reposo con supresión de los movimientos que exacerban el dolor y las aplicaciones de calor local. En todos estos casos se requiere por lo menos de dos a tres semanas para poder movilizar al enfermo, usando un soporte bajo lumbo sacro, o una faja almohadillada y emballenada que nos permita movilizar al enfermo y explorar radiográficamente la región lumbo sacra y sacro iliaca. De acuerdo con lo que arroje esta exploración y con las características y evolución del síndrome álgico, podremos indicar terapia profunda, si hay signos artrósicos comprobables; fusión lumbo sacra si existen signos evidentes de insuficiencia vertebral y exploración en búsqueda de hernia de disco o núcleo, si ha habido dolor irradiado ciático persistente con signos neurológicos que nos permitan afirmar compresión radicular y los exámenes complementarios reafirmativos también corroboran el diagnóstico clínico.

En los casos crónicos, recidivantes, el tratamiento puede sufrir múltiples variaciones, de acuerdo con las características patológicas que se encuentren presentes.

Cuando obedecen a cambios articulares degenerativos y a fibrositis de fascias, ligamentos y músculos y están asociados a alteraciones congénitas vertebrales tan variadas y numerosas en la región lumbo sacra, los tratamientos conservadores enunciados, seguidos de ejercicios especiales para mejorar la rigidez predominante en los elementos constitutivos de la región, puede solamente alcanzar mejorías más o menos duraderas. Aquí solemos agotar las terapéuticas; los dolores irradiados los tratamos por el método de Haggart, con novocainizaciones repetidas del ciático a nivel de la escotadura sacrociática infiltrando también el músculo piri-forme, seguidas de manipulaciones realizadas generalmente con anestesia endovenosa.

No hemos empleado la anestesia epidural ni la extradural en nuestros casos.

En ocasiones empleamos tracción continua durante un período de dos o tres semanas en el miembro inferior afecto de ciatalgia. Con este tratamiento hemos logrado grandes mejorías y devolución de los enfermos a una vida activa de trabajo usando como protección un soporte lumbo sacro.

La terapia profunda ha sido también un auxiliar terapéutico grandemente utilizado en todos los casos en que hemos encontrado signos de espondilo artrosis, artrosis apofisarias y de la articulación sacro iliaca; la recomendamos en dosis antiálgica y aplicada por radiólogos expertos

en esta terapéutica. También hemos usado en muchos de estos casos la iontoforesis con yoduro potásico o con Mecholyl, por su efecto anti-álgico, vasodilatador y fibrolisida. Como medicamento el azufre coloidal asociado a dosis altas de Vit. D, habiendo empleado sin complicación en un gran número de casos 600,000 unidades de una sola vez cada semana hasta llegar a una dosis de 6 millones de unidades en diez semanas.

En los síndromes dolorosos por cambios fibrosíticos de las fascias, con signo de Ober positivo hemos recurrido a la fasciotomía por él recomendada; no hemos empleado sin embargo, la sección del pariforme aconsejada por Freiberg ni la movilización de la inserción músculo aponeurótica de la porción posterior de la cresta ilíaca y espina ilíaca pósterior superior por deslizamiento del periostio y fasciotomía de la aponeurosis sacro-espinal cuando haya dolor a ese nivel preconizada por Heyman.

Cuando hay evidencia clínica y radiológica de insuficiencia vertebral lumbo sacra, con sacrolumbalgias repetidas y alteraciones del tropismo articular, nos inclinamos cada vez más a indicar la estabilización de la región lumbo sacra por una operación artrodésica. Lo mismo decimos cuando esa insuficiencia sea producto de espónkilolisis, espónkilolistesis, espina bífida oculta o sacralizaciones unilaterales. Hemos usado las técnicas de Albee y Hibbs, modificadas últimamente, tomando hueso del ilíaco en estas fusiones. Aun no hemos tenido la oportunidad de emplear la fijación por láminas metálicas que usa el Dr. Philip D. Widson, nuestro invitado de honor.

Cuando concommita dolor irradiado con signos neurológicos que hagan pensar en hernia de disco la exploración del espacio lumbo sacro y IV y V lumbar, a través del ligamento amarillo, precediendo a la fusión, nos ha permitido tratar ambas manifestaciones patológicas de un solo tiempo y sin necesidad de laminectomías amplias ni de resecciones de las apófisis articulares.

La fijación interna de las carillas articulares, realizadas por Kink y Von Lackum en los Estados Unidos, ha sido practicada en un número de casos por el Dr. Stone, realizando al mismo tiempo la exploración y excéresis de las hernias de disco en los casos en que fueron encontradas. El demostrará la técnica seguida y los resultados obtenidos.

Y aquí surge una cuestión importante. Quien debe hacerse cargo de la operación en estos casos de síndromes sacrolumbálgicos con ciatalgia por hernia de disco y signos evidentes de inestabilidad e insuficiencia de la región lumbo sacra.

Sostuvimos el criterio de que en esta intervención debían laborar conjuntamente el cirujano ortopédico y el neurocirujano. Aunque en distintas ocasiones logramos el concurso del Dr. Ramírez Corria en algunos de nuestros casos, no llegamos a poder plasmar el team necesario para poder trabajar conjuntamente. Muchos de nuestros compañeros de

especialidad en los Estados Unidos sostienen que el cirujano ortopédico debe hacerse cargo de la extracción del disco herniado y de la fusión subsecuente. Por otra parte, los neurocirujanos, y así nos lo hizo patente nuestro llorado amigo Walter Dandy, que desde esta misma tribuna nos brindó una brillantísima exposición de este mismo tema, hace sólo dos años, creen que esta es una intervención del neurocirujano y con muy pobre fundamento anatomo-quirúrgico, se ha pretendido fusionar los cuerpos vertebrales por curetajes insuficientes del fibro cartilago intervertebral. En el N. Y. Orthopedic Hospital, al "team" ortopédico se unía el neurocirujano como ayudante hasta la preparación del campo necesario para la fusión; actuando después como cirujano desde la separación del ligamento amarillo hasta terminar la exploración de los espacios intervertebrales y la excéresis del disco herniado, cuando el mismo existía, terminando el cirujano ortopédico la intervención con la fusión del segmento lumbo sacro inestable. Este es en mi criterio un proceder ideal. El signo de Dandy, de la movilidad anormal obtenible por palancamiento de las apófisis espinosas en el acto operatorio es una buena guía para determinar el número de vértebras que deben fusionarse.

En nuestra opinión, "los discos potenciales de Dandy" son diagnósticos erróneos o no confirmados..

DATOS ESTADISTICOS

Número total de hojas clínicas revisadas, correspondientes a los tres últimos años, 2,281.

De ellas, 409 casos de sacrolumbalgia, o sea 17.9%.

El comienzo del síndrome ha sido: insidioso en 253 casos, o sea el 61.6%, y brusco en 156 casos, el 38.4%.

Como factores causales: Traumatismo, 42 casos, 12%; enfermedad infecciosa, 7 casos, 1.75%; tumores, 3 casos, 0.7%.

Esfuerzo con el tronco en flexión, 47 casos, 11.5%.

Esfuerzo con el tronco erecto, 9 casos, 2%.

El dolor presentado: Irradiación por un miembro, 87 casos, 21.2%.

Irradiación por ambos miembros, 38 casos, 9.2%.

Irradiaciones en cinturón, 25 casos, 6.1%.

Dolores después o durante el parto, 8 casos, 1.9%.

Dolores después de operación de pelvis o abdomen inferior, 7 casos, 1.7%.

Trastornos de la sensibilidad, 37 casos, 9%.

TRATAMIENTOS

Soporte espinal, 170 casos, 41.5%.

Fisioterapia y radioterapia, 69 casos, 16.8%.

Operados, 15 casos, 3.6%, habiéndose indicado tratamiento operatorio en 11% de los casos,

Tratamiento medicamentoso solo, acompañado o no de fisioterapia, 39 casos, 9%.

Novocainización, 35 casos, 8.5%.

Extensión continua, 18 casos, 4.4%.

RESULTADOS

Mejorados o curados.....	264	64.5%
Sin saber resultado.....	120	29.3%
No mejorados.....	11	2.6%
Mejoría con recidiva.....	14	3.4%
	409	99.8%

Vemos ahora la técnica seguida en los casos operados por el proceder de Von Lackum.

MARIO M. STONE

Se ha hecho la revisión de catorce casos con fusión de la columna baja con la particularidad de que se utilizaron tornillos de metal como fijación interna, siguiendo la técnica de Von Lackum, del New York Orthopedic Hospital and Dispensary. En doce de los casos se pasaron tornillos de vitalium y en dos de los casos tornillos de acero inoxidable. Ocho casos eran enfermos de hospital y seis casos privados.

DIAGNÓSTICO:

En nuestra serie se agotaron todos los medios de investigación tanto en nuestro servicio como en los de las otras especialidades para poder precisar la mayor exactitud posible del diagnóstico. Siguiendo el método de organización, implantado por el Profesor Inclán, cada caso después de ser estudiado por el autor es presentado en el staff meeting que preside el Profesor, dilucidándose el diagnóstico final y el tratamiento a seguir.

Con Espondilolistesis.....	2 casos.
Lumbo-sacra inestable.....	3 casos.
Hernia del núcleo pulposo.....	8 casos.
Pelvis oblicua (escoliosis).....	1 caso.

EDAD:

El más joven de nuestros casos tenía 16 años; el más viejo 51 años; y el promedio de edad en la serie era de 32 años.

SEXO:

Mujeres.....	10 casos.
Hombres.....	4 casos.

Es interesante anotar que la predominancia de mujeres con sacro-

lumbalgia es en la mayoría de los casos debido al deficiente cuidado después del parto, especialmente después de partos difíciles. En los hombres con sacro-lumbalgia crónica consecutiva a la hernia del núcleo pulposo se pudo constatar una marcada disminución del apetito sexual, inclusive tuvimos un caso con impotencia que regresó progresivamente después de la operación.

SINTOMATOLOGÍA:

<i>Dolor:</i> localizado a la lumbo-sacra.....	3 casos.
lumbo-sacro con irradiación unilateral.....	1 caso.
lumbo-sacro con irradiación indistintamente.	1 caso.
lumbo-sacro con irradiación a ambos miembros	2 casos.
sin dolor (el caso de escoliosis).....	1 caso.
<i>Duración:</i> (del dolor) de 1 a 8 años.	
<i>Con signos de sacro-iliaca:</i>	1 caso.
<i>Con signos de Ely positivo:</i>	11 casos.
<i>Con signos neurológicos:</i>	
Abolición del reflejo de Aquiles, Lassegue positivo, atrofia muscular, hipoestesia.....	6 casos.
Disminución del reflejo de Aquiles, Lassegue positivo, atrofia muscular, hipoestesia....	1 caso.
Exaltación del reflejo de Aquiles, Lassegue positivo, hiperestesia.....	1 caso.
<i>Con antecedentes traumáticos.....</i>	7 casos.

TRATAMIENTO PRE-OPERATORIO:

Fisioterapia exclusivamente.....	9 casos.
Fisioterapia, soporte espinal, reposo absoluto en cama dura y novoicanización.....	4 casos.
Tiempo de soporte espinal de 1 a 7 años; promedio 3 años.	
Sin tratamiento previo: 1 caso (escoliosis).	

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Se hace la preparación pre-operatoria usual. Ya en el salón de operaciones consideramos la posición del enfermo un punto importante de la técnica pues facilita grandemente la exploración del disco y la fusión. Este es colocado en decúbitus pronus con las piernas en flexión de 90 grados sobre los muslos y éstos en 90 grados sobre la pelvis, procurando que la mesa esté bien acolchonada. Empleamos anestesia local, especialmente si vamos a hacer la exploración de disco ya que se disminuye así la posibilidad de lesión nerviosa, se complementa con anestesia general en la fase final. Debido a lo chocante que es esta intervención aconsejamos una transfusión de sangre total al mismo tiempo que comenzamos la intervención.



FIG. 1



FIG. 2

Se hace una incisión vertical en la línea media de la región lumbo-sacra exponiendo las puntas de las apófisis espinosas, siempre tomando una por encima y una por debajo del área de fusión (fig. 1). Estas apófisis espinosas y láminas correspondientes son expuestas por disección subperióstica, la cual es llevada lateralmente hasta descubrir las articulaciones facetarias. Los ligamentos interespinosos son resecaos y las apófisis espinosas fracturadas en su base y quitadas. Las cápsulas facetarias son resecaas y las carillas desprovistas del cartilago por medio del osteotomo laminar y curetas (fig. 2). Si se va a hacer la exploración del disco cambiamos el instrumental. A continuación se procede a quitar el ligamento flavum y por el espacio interlaminar hacemos la exploración del disco; al mismo tiempo es muy importante la revisión de las partes neurológicas (fig. 3). Terminada la exploración, con el motor de Albee



FIG. 3

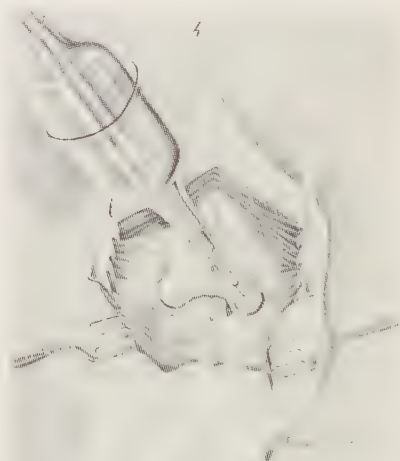


FIG. 4

c de Luck, se hacen las perforaciones para la colocación de los tornillos teniendo en cuenta las variaciones anatómo-patológicas. La perforación se hace en la lámina a un centímetro y medio del borde externo de la carilla articular; si es en la lumbo-sacra la dirección debe ser de 60 grados hacia abajo y delante y de 45 grados hacia afuera y si es por encima debe ser de 45 grdos hacia abajo y delante y 60 grados hacia afuera. El largo de los tornillos varía de tres cuartos de pulgada a una pulgada y cuarto (fig. 4). Seguidamente se procede con la clásica fusión de Hibbs utilizando una gubia para levantar pequeñitos injertos óseos de las láminas que se entrelazan reforzándose el área de fusión con las apófisis espinosas que habíamos quitado antes y que se cortaron en pequeños injertos. Los primeros dos casos de nuestra serie los reforzamos con pequeños injertos de la cresta iliaca posterior. En un caso de espondilolistesis de cuarto grado utilizamos dos injertos óseos masivos de la cresta iliaca posterior (fig. 5). La herida se sutura por planos con puntos sueltos de algodón (fig. 6).



FIG. 5



FIG. 6

Se mantiene al paciente en cama dura, en decúbito supino, los primeros dos días; después se cambia de posición dos veces al día.

En cuatro casos hemos tenido necesidad de hacer una fasciotomía transversal lumbo-sacra para obviar la contractura de una fascia fibrótica con el fin de facilitar la retracción.

CICATRIZACIÓN:

En los primeros casos se quitaron los puntos a los nueve días de estar cicatrizada la herida. En los últimos cuatro casos se levantaba al paciente quitándose los puntos dos días después. La cicatrización ha sido por primera intención en diez de los casos y por segunda intención en cuatro casos.

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE:

Se levantaron los casos fluctuando entre nueve y treinta días, generalmente a los doce días; con soporte espinal sólo los dos casos de espondilolistesis.

EVOLUCIÓN:

Respecto al tiempo post-operatorio, un caso tiene un año y cuatro meses y el más reciente dieciséis días. El caso que se ha seguido más tiempo ha sido de un año.

Un caso después de estar cicatrizado se fistulizó, tardando dos meses en cicatrizar. En otro caso, muy obeso, se abrió la herida completamente a los diez días cicatrizando por segunda intención. En un caso había una úlcera trófica en la porción terminal de la herida, teniendo que cubrirse con injertos de Thiersch. Un caso retornó a los dos meses y medio de operado con dolor agudo lumbo-sacro, refiriéndonos que montaba mucho en guagua y algo a caballo; una semana de hospitalización con reposo absoluto y diatermia fueron suficientes para hacer desaparecer la sintomatología. Otro caso al mes de alta presentaba dolor lumbo-sacro marcado, aplicándosele un jacket enyesado durante un mes; siete meses post-operatorios está clínicamente bien pero radiológicamente no se observa fusión completa.

NÚMERO DE TORNILLOS:

En tres casos 4 tornillos.

En seis casos 2 tornillos.

En cinco casos 1 tornillo.

La cantidad de tornillos que se debe poner depende del diagnóstico radiológico y de la inestabilidad que podamos constatar durante el acto quirúrgico.

CASOS CLÍNICOS:

J. R., de treinta y dos años, cargador de sacos de azúcar, con diagnóstico de hernia del núcleo pulposo en el quinto espacio, lado derecho. La sintomatología, que estaba relacionada con un antecedente traumático, databa de cuatro años.

- 1) En la A.P. vemos asimetría de las carillas fascetarias L4-L5-S1.
- 2) En la lateral de pie estrechamiento del espacio L.S.
- 3) Placa A.P. seis meses post-operatorios buena fusión.
- 4) Placa lateral.
- 5) Oblicua derecha.
- 6) Oblicua izquierda.

Este caso está clínicamente bien y ha reasumido su trabajo como cargador de sacos de azúcar.

C. B., de cuarentidós años de edad, carpintero, con diagnóstico de lumbo-sacra inestable. La sintomatología de varios años de duración sin antecedente de traumatismo. Se le indicó tratamiento conservador durante seis meses con resultado paliativo.

1) A.P. asimetría de las carillas fascetarias L4-L5-S1.

2) Lateral de pie estrechamiento L.S., lo cual nos incita a hacer la exploración del disco ya que teníamos tiempo suficiente para la fusión no encontrando hernia.

3) Placa A.P. post-operatoria. Debido a la gran inestabilidad constatada en el acto quirúrgico se pusieron cuatro tornillos.

4) Placa lateral post-operatoria. Este caso se levanta a los nueve días sin soporte espinal. Dos y medio meses después está clínicamente bien.

G. G., de 25 años. Sacrolumbalgia de muchos años de duración con fases agudas después de esfuerzos físicos. Imposibilidad para las labores de agricultor. Diagnóstico espondilolistesis de 2º grado.

1) Vista lateral pre-operatoria.

2) Vista lateral post-operatoria.

Este caso tiene un año y cuatro meses de operado y se ha podido seguir durante un año encontrándose clínica y radiológicamente bien.

CONCLUSIONES

Hemos tratado de presentar someramente el síndrome algico lumbo sacro, acompañado o no de ciatalgia, con consideraciones anatómicas, radiológicas y etiopatogénicas que fundamentan un diagnóstico preciso y una terapéutica ajustada a la entidad nosológica encontrada. En nuestra estadística su frecuencia es alta, alcanzando un 17.9% en una revisión de 2,281 casos.

El dolor irradiado ciático puede ser de origen reflejo en un alto porcentaje de casos y provenientes de lesiones extra articulares de los músculos, fascias y ligamentos de inervación posterior y sin que exista elemento directo de compresión radicular o troncular del nervio ciático.

La ciatalgia por compresión radicular presenta signos neurológicos que permiten precisarla y sospechar su causa: tumor; hernia de núcleo o disco intervertebral e hipertrofia del ligamento redondo, por la exploración clínica y la radiografía simple. Sólo en casos excepcionales debemos recurrir al mielograma.

La insuficiencia vertebral lumbo sacra productora de sacrolumbalgias a repetición con cambios morfológicos vertebrales que favorecen estas recidivas deben ser tratadas por fusión o artrodesis del segmento lumbo sacro.

La operación combinada de exploración en búsqueda o resección de disco herniado y fusión vertebral mixta, con tornillos de vitalium para las articulaciones facetarias e injertos óseos interlaminares, ha resultado hasta este momento desprovista de mortalidad y con resultados muy halagüeños en los casos en que ha sido empleada, permitiendo movilizar rápidamente a estos operados, a veces sin ninguna protección, disminuyendo considerablemente el tiempo de hospitalización y acortando el de incapacidad postoperatoria.



LA SACROLUMBALGIA EN PROCTOLOGIA

POR EL DR. JORGE R. MUÑIZ

Mi primera impresión, cuando el Dr. Inclán me pidió unos comentarios sobre sacrolumbalgia, en relación con las afecciones del recto, fué de que se trataba de un síntoma o conjunto de síntomas poco frecuente en las afecciones rectales.

La sintomatología general de las enfermedades del recto incluye, naturalmente, el dolor como manifestación subjetiva muy común; sin embargo, es localizado por el enfermo en la región anal, en la región perianal en el periné, con irradiaciones hacia las piernas, se exacerba o no con la defecación, aumenta al final de la micción, etc., pero realmente pocas veces se queja de un tipo de dolor como el que nos ocupa o análogo a éste.

Para investigar con datos más precisos el porcentaje de ocurrencia del dolor sacrolumbar recurrimos a nuestro archivo privado y tomamos cien historias clínicas de casos de Proctología. Estas fueron hechas por mí en mi consulta particular y descarté, por consiguiente, el descuido o la falta de experiencia en el interrogatorio del alumno de Medicina encargado muchas veces en el hospital de tomar los detalles de la historia.

Solamente ocho enfermos manifestaron dolor espontáneo en la región sacro lumbar, que ellos relacionaran con su afección. Sin embargo, únicamente en tres casos de neoplasia rectal del ámpula y en dos muy interesantes de neuritis del plexo sacro pudo establecerse nexo alguno entre la lesión y el dolor.

En los tres casos restantes que manifestaron dolor sacrolumbar o dolor de espaldas bajo, opino que ocurría por causas ajenas a la enfermedad ano rectal.

Sin duda alguna, la causa más frecuente de sacrolumbalgia en Proc-

tología es el cáncer del recto, y a este respecto recordemos que su localización en el ámpula rectal supera en porcentaje a todas las demás. Esta es una circunstancia desfavorable, ya que permite al tumor evolucionar silenciosamente durante mucho tiempo. Estas neoplasias del ámpula, cuando están situadas en la pared posterior o cuando se extienden a ella en su proceso evolutivo acaban por infiltrar la pared hasta llegar a la cara anterior del sacro, estableciendo allí adherencias, comprimiendo los nervios a la salida de los agujeros sacros anteriores y ocasionando neuralgias sacrolumbares de intensidad extraordinaria.

Hace poco me referí a dos casos de neuritis del plexo sacro que aparecen en mi archivo como productoras o causantes de sacrolumbalgias, y a continuación daré un resumen conciso de ellos.

Ambos enfermos fueron llevados a mi consulta en distintas fechas por dos conocidos colegas nuestros, por sufrir de un dolor de mediana intensidad en la porción inferior de la espalda, que se exacerbabá después de la defecación, siendo ésta muy dolorosa. La inspección de la región anal fué negativa y el tacto no acusaba anormalidad alguna, pero al retirar el dedo, decidimos pasarlo una vez más sobre la cara posterior y allí, un poco a la derecha de la línea media, encontramos un punto de sensibilidad exquisita y que parecía corresponder a un filete nervioso del plexo sacro. En el segundo caso y con la experiencia anterior, encontramos no solamente la provocación del dolor agudo a la presión, sino también unos pequeños nódulos duros sobre el filete nervioso, que bien pudieran haber sido neurofibromas. Lo peculiar de estos dos casos es que ambos estaban convalecientes de influenza y aquejaban una sintomatología semejante no sólo en cuanto a la sacrolumbalgia y el dolor rectal, sino en mialgias y artralgias de intensidad mediana.

Si tenemos presente la inervación del recto, en cuanto a los nervios de sensibilidad se refiere, llama la atención el porcentaje pequeño de sacrolumbalgias en las afecciones rectales. En efecto; la sensibilidad rectal es suministrada por filetes de los plexos lumboártico e hipogástrico y algunas ramas de los nervios sacros segundo, tercero y cuarto.

El plexo hipogástrico situado en la cara lateral del recto y cubierto en su borde superior por el peritoneo del fondo de saco de Douglas, imparte a éste una sensibilidad que persiste aún después de anestesiado el enfermo.

CONCLUSIONES

1ª El dolor sacrolumbar espontáneo aparece solamente en el 8% de 100 casos de Proctología, escogidos al azar.

2ª La causa más frecuente de sacrolumbalgia en las enfermedades del recto es la neoplasia rectal.

3ª La neuritis del plexo sacro puede ser causa de dolor sacrolumbar y debe ser explorada en la forma que se indica.

4ª Contrasta de manera evidente la poca frecuencia de sacrolumbalgias en las afecciones rectales, en vista de la abundancia de estructuras nerviosas de la región.

LA SACROLUMBALGIA EN GINECOLOGIA

POR EL DR. ERNESTO R. DE ARAGÓN

(El autor no envió su trabajo para publicación.)

LA SACROLUMBALGIA EN NEUROCIRUGIA

POR EL DR. RAMÍREZ CORRÍA

(El autor no envió su trabajo para publicación.)

APORTACION A LA PONENCIA

POR EL DR. PEDRO SÁNCHEZ TOLEDO

Aun cuando tengo la absoluta seguridad que el trabajo del Dr. Inclán no necesita verdadera contribución, no he querido dejar de corresponder a su gentil invitación, ya que es un deber y también una oportunidad de aportar algo a un tema tan sugestivo e importante. Es todavía motivo de grandes controversias y donde el criterio uniforme dista de ser una realidad. Todo lo que tienda a ser esclarecimiento y a trazar una pauta de diagnóstico y tratamiento, será motivo de congratulación. Confieso sinceramente que no siempre me siento satisfecho del diagnóstico y en muchos casos espero ansioso la confirmación operatoria. Abrigo el criterio que el diagnóstico etiológico preciso es muy difícil y sujeto a grandes errores.

Me limitaré al capítulo de las deformidades congénitas de la columna vertebral y en especial a la falta de soldadura del arco posterior (espondilolisis) de origen congénito, sea mediana o lateral.

La pre-espondilolistesis (fisura del pedículo) es capaz de provocar el síndrome de sacrolumbalgia y frecuentemente rebelde a la terapéutica conservadora, teniendo necesidad de acudir a la fusión. Parece increíble que un detalle anatómico tan insignificante sea capaz de crear tal cuadro

clínico. Muchas veces se achaca a otras lesiones, por ejemplo, la del disco y en tres casos seguidos por largo tiempo se ha obtenido curación integral por la terapéutica quirúrgica.

La espina bífida oculta es también motivo de controversia, pero no hay dudas que puede ser dolorosa y crear un cuadro muy molesto y rebelde, que sólo cede a los tratamientos operatorios. En un caso en que durante muchos años se intentaron distintos tratamientos, lo único que resolvió el problema fué una amplia laminectomía con extirpación de la masa grasosa y membrana fibro-cartilaginosa que protege habitualmente la solución ósea. La explicación de esto no es todavía satisfactoria; quizás sea la exéresis del nervio-sinus-vertebral (Steindler).

Sólo me resta felicitar de modo muy efusivo al Dr. Inclán y colaboradores por su magnífica ponencia.



APORTACION A LA PONENCIA

POR EL DR. DAVID ORTA

En el tiempo límite de esta aportación nos proponemos hacer algunas breves consideraciones de orden ginecológico, referentes al diagnóstico diferencial, a la ponencia sobre "Las sacrolumbalgias", espléndidamente expuesta, desde el punto de vista ortopédico, por el Profesor Inclán y colaboradores.

Guarda esta relación con lo que hace tiempo fué llamado por Young, de Londres, "neuritis del ligamento ancho", para expresar un síndrome complejo originado por la infección crónica del cuello uterino, que da lugar como síntoma principal al dolor localizado con irradiación sacrolumbar.

El dolor, en general, constituye el síntoma más frecuente de la semiología ginecológica, siendo muy pocas las enfermas que no se quejan de dolor, si no espontáneo al menos referido por el interrogatorio. Por su persistencia o intensidad llega a ser también un motivo frecuente de intervenciones quirúrgicas ginecológicas en la mujer. Como síntoma subjetivo, su estudio resulta a veces muy complejo por la conexión que a menudo tiene con la vida psíquica de la mujer, siendo necesario en cada caso particular un estudio detenido para poder formar un juicio sobre su origen y tratamiento. Cuando el dolor afecta la región lumbosacra, apareciendo como el único síntoma o como dolor irradiado, su interpretación resulta aún más difícil por los numerosos factores etiológicos que pueden intervenir en su producción, como lo prueba la gran diversidad de opiniones de los distintos autores. Mientras algunos como Greenhill consideran que el dolor lumbosacro en la mujer es más ortopédico que ginecoló-

gico, teniendo su origen genital en menos de un 40% de los casos, otros, en cambio, como Bullard, lo observa en el 85% de los casos ginecológicos. En nuestra práctica, el dolor lumbosacro lo hemos encontrado asociado con gran frecuencia a diversos procesos genitales, resultando una minoría los determinados por causas no genitales.

En Ginecología lo que interesa es determinar si el dolor lumbosacro está ligado a una lesión o trastorno de la esfera genital. La mayor parte de las veces una historia clínica detallada y un examen ginecológico detenido permite determinar con bastante precisión si el dolor es de origen ginecológico o requiere los servicios de un ortopédico o de un neurólogo. Sin embargo, hay excepciones en que no es posible, por el simple examen físico, poder afirmar el origen genital del dolor. Existe un principio fundamental en Ginecología que es preciso tener en cuenta y es que la importancia de los procesos genitales no está en relación estrecha a la intensidad de la sensación dolorosa. Así podemos observar a menudo grandes lesiones pelvianas con escasos síntomas dolorosos y, en cambio, es frecuente ver síndromes dolorosos muy intensos, producidos por anomalías pélvicas insignificantes, siendo muy difícil encontrar una causa genital definida, como sucede en algunas afecciones como en la endometriosis y en la ovaritis poliquística. Además, lesiones importantes ginecológicas pueden coexistir con alteraciones óseas o neurológicas, para dar lugar a un cuadro de sacrolumbalgia. En la actualidad asisto una enferma que sufre de dolores lumbosacros, teniendo un proceso crónico de metroanexitis con retroversión y a la vez un diagnóstico radiológico de espina bífida oculta. Muy difícil en este caso de asegurar la causa genital del dolor y si ha de ser suprimido por la histerectomía total.

Se han señalado como causas del dolor lumbosacro ginecológico todos los procesos que produzcan infiltración, tracción, congestión o presión directa.

El diagnóstico diferencial se basará en la investigación minuciosa de los procesos o lesiones capaces de producir estas alteraciones.

El dolor lumbosacro en Ginecología no ofrece caracteres propios. Se presenta casi siempre como un dolor difuso irradiado a la región sacra o sacroilíaca, y debe recelarse de su origen extragenital cuando no se acompaña de otros síntomas ginecológicos, siendo necesario siempre el estudio radiológico de la región sacrolumbar.

No podemos extendernos en describir cada una de las afecciones ginecológicas que pueden producir dolor sacrolumbar. Solamente debemos hacer resaltar la importancia que tiene en el diagnóstico diferencial el examen de los ligamentos úterosacros, haciendo la exploración recto-vaginal y poder apreciar su sensibilidad y si presenta engrosamientos debidos a procesos inflamatorios o espásticos. Tiene esto una gran importancia por ser a menudo una causa de los dolores que persisten después

de las histerectomías subtotales y que no desaparecen hasta que no se hace la amputación del cuello uterino.

Tiene también gran importancia el reconocimiento de los pequeños prolapsos genitales que pasan con frecuencia inadvertidos y que puede ser causa de dolores lumbosacros.

Corrientemente, cuando el dolor es debido a una afección ginecológica no maligna, desaparece, en la mayor parte de los casos, con el tratamiento adecuado de dolores verdaderamente intratables, rebelde a todos los tratamientos y en los cuales no se encuentra una causa definida genital o extragenital y que pueden ser incluidos en el grupo descrito desde muy antiguo con el nombre de neuralgias pélvicas.

Para terminar, diremos que en todo dolor sacrolumbar en la mujer debe investigarse siempre por el ortopédico la posibilidad de la existencia de causas no genitales y tener presente también, como dice Curtis, que el ginecólogo puede ser capaz de localizar lesiones que escapen al examen ortopédico, pudiendo demostrar en muchos casos el lugar de origen del dolor en su comienzo antes de que se produzcan cambios óseos notables, demostrables por los rayos X.



APORTACION A LA PONENCIA

POR EL DR. TOMÁS ARMSTRONG

El dolor sacro o sacrolumbar constituye un motivo frecuente de consulta entre las pacientes del sexo femenino, a veces, es el dolor "atrás" el único síntoma que las lleva a la consulta del ginecólogo.

Aunque las sacrolumbalgias forman parte a menudo del cortejo sintomático acompañante de las afecciones genitales, tanto en el sexo femenino como en el masculino, debemos cuidarnos de no caer en el error de pensar que toda persona afecta de un dolor sacrolumbar tiene que ser necesariamente portadora de una afección genital causal de este síntoma.

Los ilustres compañeros que me han precedido, con palabras mucho más autorizadas que las mías, nos han señalado la multitud de afecciones, ajenas a la esfera genital, que son capaces de producir esta molestia.

La predominancia de este síntoma en la mujer es perfectamente explicable por la relativa rareza con que se presentan las afecciones genitales en el hombre en relación con el sexo opuesto, pero considerarlas siempre como afecto de un padecimiento ginecológico, es un modo fácil del cual mucho se ha abusado.

(1) Presentado como Ponencia por el Dr. Alberto Inclán y colaboradores, en la reunión anual de cirujanos cubanos. Habana, enero 25-26 de 1947.

Resulta a primera vista difícil de interpretar la patogenia de este síntoma doloroso en las afecciones ginecológicas. Las paredes abdominales y el peritoneo parietal sabemos que son evidentemente sensibles al dolor, pero el peritoneo visceral y los órganos que él recubre son animados por el sistema simpático y son normalmente insensibles.

Los continuos avances de la anestesia local nos ratifican a diario que pueden seccionarse los órganos abdominales sin que el paciente acuse dolor alguno.

Hace unos meses presenciaba yo cómo realizaba el Dr. Ortiz Pérez una cesárea, usando únicamente como anestésico una infiltración de la pared con solución de novocaína al $\frac{1}{2}\%$. Una vez extraído el feto, por motivo especial del caso, un acretismo placentario, el Dr. Ortiz decidió realizar una histerectomía subtotal, operación que practicó sin usar ningún otro anestésico y sin molestia alguna para la paciente.

Esta insensibilidad del órgano abdominal sano luce, sin embargo, estar en desacuerdo con el dolor que señalan los pacientes afectados de un proceso inflamatorio génito-abdominal.

No podemos en esta breve contribución al trabajo del Profesor Alberto Inclán, tan brillante como todos los suyos, demorarnos explicando las distintas teorías que tienden a aclarar en todos sus aspectos esa aparente contradicción. Circunscribiéndonos al motivo de esta aportación, recordemos, en líneas generales, ciertos detalles anatómicos, solamente con la idea de explicarnos con mayor claridad la patogenia y características de sacrolumbalgias de origen ginecológico.

Los nervios de los órganos pelvianos proceden, como los de todas las vísceras, del sistema nervioso autónomo. Los plexos nerviosos del abdomen inferior se originan de las cadenas simpáticas lumbares, de los ganglios aórticorrenales y del plexo solar. Estas fibras de origen del sistema autónomo pelviano se agrupan en dos cordones, uno derecho, otro izquierdo, que al reunirse en la línea media, usualmente a la altura de la IV lumbar, constituyen, dentro del sistema de los nervios esplácnicos, el único nervio impar y único, el esplácnico abdomino-pelviano de Bottini, más conocido como nervio presacro de Latarget.

Al descender en su recorrido y alcanzar el promontorio, se subdivide este nervio en varias fibras y dos troncos nerviosos, los nervios hipogástricos, constituyéndose a ese nivel lo que Hovelacque designó como plexo hipogástrico superior.

Los nervios hipogástricos se dirigen hacia abajo y afuera y van a terminar en una ancha lámina nerviosa, que recibe además ciertas fibras del plexo sacro y ramas provenientes de las cadenas simpáticas sacras, constituyéndose así los plexos hipogástricos inferiores.

Un útero hiperemiado retrovertido, o un anexo inflamado o tumoral, descansando sobre los plexos hipogástricos, son capaces de producir un estado irritativo de los mismos, que al transmitirse por intermedio de

las ramas simpáticas a las porciones más inferiores de la medula, origina una excitación de los nervios espinales sensitivos, que se traducirá por una sensación dolorosa sobre el territorio correspondiente a las ramificaciones periféricas del centro espinal irritado.

Aceptando esta teoría del reflejo víscerosensorial es como nos podemos fácilmente explicar las algias sacrolumbares que acompañan a ciertas afecciones ginecológicas. En general, todos los estados inflamatorios de los genitales internos, cualquiera que sea su origen, o solamente un simple estado hiperémico mantenido, pueden llegar a producir un dolor lumbosacro más o menos intenso.

Esta algia es un síntoma especialmente presente en cualquier estado inflamatorio que provoque una parametritis posterior y en los prolapsos genitales por las distensiones de los plexos que ellos provocan.

Ciertas retrodesviaciones uterinas son capaces de producirla, pero debemos recordar que esta disposición orgánica está presente en numerosas mujeres, sin que ellas acusen sintomatología dolorosa alguna, siendo esta malposición uterina un hallazgo que encontraremos al realizar el examen rutinario de la paciente. Es muy posible la coincidencia en un mismo caso de estos dos estados patológicos y no estamos autorizados para pensar siempre en una relación de causa a efecto entre ambos.

Sería recomendable si la retrodesviación fuera móvil, que antes de indicar la intervención quirúrgica correctora, se prescribiera el uso de un pesario adecuado que mantuviera al útero en su posición normal. La mejoría que ello ocasionara sería un avance de los resultados que fuéramos a obtener con la corrección quirúrgica de ese estado patológico.

Las sacrolumbalgias de origen genital tienen como característica la falta de sensibilidad dolorosa a la presión directa sobre la región lumbosacra, su situación preferente sobre la región sacra, alcanzando solamente en su nivel superior la porción más inferior de la columna lumbar y la indicación que frecuentemente proporcionan las enfermas, señalando que especialmente sienten el dolor al levantarse por las mañanas. Merece señalarse que la unilateralidad de la sintomatología dolorosa habla siempre en favor de su origen extragenital.

Una terapéutica médica bien dirigida hacia el tratamiento del estado inflamatorio útero anexial o una intervención que realice una ablación quirúrgica de los órganos enfermos, o que reponga los genitales en su posición normal, hace desaparecer con extrema frecuencia estos síntomas dolorosos, demostrando así el origen genital de gran número de algias sacrolumbares.

Siempre que intervenimos quirúrgicamente por un problema ginecológico en el cual el síntoma dolor juegue un papel importante, tenemos por costumbre realizar la neurectomía del presacro, operación descrita primeramente por Cotte como tratamiento de la dismenorrea.

La interrupción de esta vía nerviosa toma sólo unos minutos y es de

grandes beneficios para la enferma. Debe realizarse de un modo amplio, según lo recomienda el Dr. Lahey, uno de nuestros ilustres visitantes.

Señala este notable cirujano norteamericano que debe empezarse la neurectomía no a la altura del promontorio, sino desde la bifurcación de la aorta. Desde allí se reseca y se libera esta vía simpática y, continuando hacia abajo, se realiza la disección de los nervios hipogástricos a ambos lados de la línea media hasta alcanzar los ligamentos anchos.

De este modo interrumpimos la conducción nerviosa con los últimos nervios torácicos y lumbares al seccionar bien alto, en la unión de sus dos riendas de origen, esta vía nerviosa, muy justamente llamada por Delmas esplácnico pelviano, y garantizamos el éxito de nuestra intervención al interrumpir, en la disección inferior, la vía de comunicación de los plexos hipogástricos inferiores con el plexo sacro.

Siguiendo esta conducta tan juiciosa es cómo la primitiva operación de Cotte nos rinde un 80% de curaciones, con más de un 15% de mejorías apreciables.



APORTACION A LA PONENCIA

POR EL DR. JOSÉ I. TARAFA

Como Secretario de la Sociedad Nacional de Cirugía y como compañero de especialidad, deseo felicitar al Dr. Inclán y a sus colaboradores por la selección y desarrollo de este tema, hecho en una forma tan brillante.

Es para los cirujanos ortopédicos uno de los problemas más difíciles que tenemos que afrontar a diario el de las sacrolumbalgias, y como ustedes han visto, su complejidad es tal que en la solución del mismo tenemos que hacer intervenir a otros compañeros (radiólogos, neurocirujanos, ginecólogos, urólogos, proctólogos, etc.).

Desde el punto de vista ortopédico, es nuestra opinión que la movilidad de la quinta vértebra lumbar o la anormalidad de su posición es la causa principal de estos dolores. Nosotros hemos podido comprobar en el acto quirúrgico este hecho y está de acuerdo con la gran mayoría de los cirujanos, y así vemos que un gran número de ellos tratan estos dolores haciendo la fijación de este sector de la columna, ya sea en una forma conservadora como es el reposo en cama rígida, colocación de fajas, aparatos, etc., o haciendo esta fijación quirúrgicamente.

Las causas de esta hipermovilidad de la quinta lumbar la encontramos en los traumatismos, trastornos ligamentosos y musculares, desplazamientos por vientres péndulos, alteraciones debidas al embarazo, así como también al parto.

Estas alteraciones en la movilidad y posición de la quinta lumbar

las podemos comprobar en las radiografías y así hoy le damos gran importancia a los más ligeros desplazamientos de esta vértebra en relación al sacro, así como a las alteraciones que forman el espacio intervertebral. Asociadas a estas alteraciones de posición encontramos complicando estos casos las espondilitis, las artrosis, las fibrositis, las decalcificaciones postmenopáusicas, afecciones ginecológicas, infecciones del tractus urinario, tumores del bajo vientre, afecciones de origen neurológico como son: alteraciones del disco intervertebral, compresiones radiculares, anomalías congénitas, estrechamientos de los agujeros sacros, del hiatus sacro, aumento de la dordosis lumbar, etc.

Nosotros obtenemos buenos resultados haciendo un tratamiento combinado, y así al mismo tiempo que hacemos la indicación ortopédica (reposo en cama rígida, aparatos, tracción, etc.), también instituimos tratamiento médico de acuerdo con la complicación que acompaña al trastorno óseo y así indicamos sulfaderivados, penicilina, azufre, yoduro, salicilatos, vitamina D a dosis masiva, hormonas, etc. Ultimamente estamos utilizando la inyección de novocaína intravenosa, con buenos resultados en un número crecido de casos que estamos siguiendo. También empleamos terapia profunda, así como tratamientos de fisioterapia.

Hemos hecho la fijación quirúrgica por varios procedimientos y, en nuestro concepto, el mejor es la combinación de las técnicas de Hibbs y Albee; esto nos permite la colocación del injerto en una forma más segura para su osteogenesis. Con respecto a las fijaciones metálicas internas, no tenemos experiencia suficiente, pues solamente hemos practicado una con tornillo de vitalium, siguiendo las indicaciones del Dr. Stone y con las láminas metálicas aun no hemos tenido oportunidad de usarlas, pero nos proponemos emplearlas ahora que conocemos perfectamente su técnica por boca de su autor, nuestro ilustre huésped a esta reunión de cirujanos, Dr. Philip D. Wilson, ya que esto nos brinda un medio más a la solución de este difícil problema.



APORTACION A LA PONENCIA

POR EL DR. ALBERTO BARBA INCLÁN

Sean mis primeras palabras de felicitación al Profesor Inclán y sus colaboradores por tan interesante como documentada ponencia.

Como el Hospital de la Policía Nacional, al cual me honro en pertenecer, es más traumatológico que ortopédico y es obligatorio el ingreso de los casos de la tropa, de alguna importancia, desde luego, puedo decir de manera práctica y precisa nuestra conducta ante los dos grandes tipos

de pacientes que nos vienen a nuestra consideración: sacrolumbalgias traumáticas, también llamadas lumbagos por esfuerzos y otras caídas diversas, y sacrolumbalgias reumáticas, llamadas lumbago reumático, con o sin irradiación ciática.

En los primeros, los traumáticos con antecedente bien manifiesto, atendidos de primera intención, encontramos en la inmensa mayoría espinas bífidas ocultas y espalda plana, es decir, pérdida de la lordosis lumbar, como causa predisponente congénita.

La sacralización vertebral, hemivertebral y otras anomalías son más raras.

Nuestra conducta terapéutica, controlada todo el tiempo por la hospitalización de los casos que se ven desde su inicio con radiografías, son de buen resultado funcional, técnica especial, el Leriche o novocainización local, la manipulación reductora, reglada unas veces para la sacrolumbar, otras para la sacroilíaca y también para ambas, seguido de Strappings sucesivos, reposo en cama dura, suspensión en Sayre, diatermia, masajes y tratamiento antineurítico, nos han dado la satisfacción de no tener que operar ni uno sólo de los 200 casos que de este tipo hemos tenido. Sin embargo, la cocigodinia rebelde, que da irradiación dolorosa sacra, la hemos operado en tres ocasiones con extirpación total de dicho hueso, seguido de éxito completo.

Nuestra apreciación del problema es que hacemos terapéutica profiláctica como cuando en una rodilla se reduce un menisco y se inmoviliza todo el tiempo necesario. Hasta el momento tampoco hemos operado ningún caso de meniscectomía; pues bien, si de la misma manera pensamos que en "caliente" hacemos reducción de las subluxaciones vertebrales y de posibles luxaciones del disco intervertebral (Watson Jones), que, de abandonarse a su evolución, requieren más tarde operación de suma importancia.

El segundo tipo de sacrolumbalgias sin antecedente ninguno traumático y catalogadas como reumáticas, hemos encontrado como diez casos de ciática rebelde complicante, que en cuatro de ellos se necesitó estudio del canal raquídeo con lipiodol sin complicación ulterior y en uno se hizo inyección de aire en el conducto, realizada por el Dr. Luis Suárez Fernández, siendo negativo de protusión del núcleo pulposo, aunque clínicamente se pensó en tal condición patológica. Hemos encontrado que la inmensa mayoría de estos casos tienen un fondo infeccioso focal en boca y amígdalas y en otros luético.

En uno de los casos se comprobó artritis de las carillas articulares entre tercera y cuarta vértebra lumbar, en una de las placas oblicuas realizadas. En otros dos de los casos, por alteración de la albúmina del céfalloorraquídeo, se pensó en posible aracnoiditis infecciosa por reumatismo focal.

No operamos para hacer fusión vertebral en ninguna de estas cinco

ciáticas rebeldes de meses y la curación la obtuvimos con paciencia a base de estos procedimientos que enumeramos: Leriches con novocaína local a repetición y manipulaciones correctoras, entre ellas la podálica, de Davis, suspensión en aparato de Sayre diaria y aumentando en tiempo. Tracción continua de los miembros inferiores de seis a doce libras de peso. En aparato de Braun.

Inmovilización enyesada con corset inamovible en Sayre o en el tensor de Goldthwait.

Inyección epidural, a repetición semanal, con novocaína al 1% de 15 c. c. a 30 c. c., con vitamina B adicionada (método Argentino), al cual le doy crédito en muchos de los casos curados y en el que tengo buena experiencia personal.

Fisioterapia a base sólo de diatermia y radioterapia profunda. La medicación general empleada fué, en primer lugar, de vitamina B, a altas dosis, 300 y 400 mlg. al día, el azufre, patogenol y el salicilato de sodio, este último en rectoclisis, que parecen de beneficio en los reumáticos, y el bismuto arsénico y penicilina en los luéticos.



APORTACION A LA PONENCIA

POR EL DR. ERNESTO PUGET

Antes de dar lectura a nuestro modesto aporte a la magnífica e interesante ponencia presentada por el Profesor Inclán y sus colaboradores, ruego se nos permita manifestar nuestro agradecimiento por el inestimable valor que ese trabajo tiene para los que nos dedicamos a la Urología.

Es indudable que los urólogos vemos con frecuencia estos dolores sacrolumbares; quizás con tanta frecuencia como los ortopédicos.

Con este fin deseo reseñarles algunos datos en la forma más extractada posible, para que se ajusten al poco tiempo asignado.

Poco se puede agregar, por no decir nada, a lo aquí tratado sobre las sacrolumbalgias; sólo el afán de cooperar en tan interesante tema nos hace abundar en este sentido.

Hacer una clasificación correcta de estas afecciones, es una tarea difícil de resolver; no obstante, contando con la benevolencia de los compañeros aquí presentes, expondremos con toda sinceridad en qué formas clasificamos estos enfermos antes que conociéramos datos tan interesantes como los obtenidos en el día de hoy.

Clasificación basada, tanto en datos clínicos como en radiografías.

La dividiremos en tres grupos:

Grupo primero.

Enfermos que presentan dolores sacrolumbares acompañados de otros síntomas, especialmente renales, tales como hematurias, cólicos ne-

fríticos, etc., los cuales los estudios radiológicos y las investigaciones de Laboratorio señalan lesiones renales.

Grupo segundo.

Enfermos de dolores sacrolumbares que no tienen síntomas renales, como los especificados en el grupo anterior y que subdividiremos en tres subgrupos.

Subgrupo A.

Aquellos en que por los estudios radiográficos se confirman lesiones renales.

Subgrupo B.

Aquellos otros en que por los estudios radiográficos nos confirman lesiones óseas.

Subgrupo C.

Se refiere a enfermos con dolores sacrolumbares en los cuales encontramos en las radiografías lesiones, tanto renales como óseas.

Grupo tercero.

Nos referimos a los enfermos con dolores sacrolumbares en los cuales las investigaciones radiográficas y de todos órdenes, encaminadas a demostrar lesiones renales u óseas son negativas.

Encajando en este último grupo las afecciones señaladas por los ginecólogos, proctólogos, etc., y ciertas afecciones prostáticas.

Desde luego no entraremos en detalle de asignarle a cada grupo de la clasificación las afecciones que les corresponden, no tendría razón de ser, dentro de un tema práctico, pero sí deseo hacer algunas observaciones mostrándoles dos radiografías que servirán de exponente de los interesantes casos clínicos que quisiera presentarles y que la brevedad del tiempo no lo permite.

Servirán para demostrar lo frecuente de la concomitancia de las afecciones renales y óseas y lo difícil que resulta en ciertos casos poder aquilatar si esos dolores lumbares o sacros corresponden a las lesiones renales u óseas.



APORTACION A LA PONENCIA

POR EL DR. GUILLERMO BARRIENTOS

Las observaciones que podemos aportar sobre las sacrolumbalgias pertenecen a los casos tratados en el Servicio Médico de la Comisión Atlética Universitaria y en el de la Dirección General de Deportes, perteneciendo, por tanto, al grupo de deportistas en activo, los cuales, por ser sometidos a un riguroso examen previo al inicio de sus actividades han de considerarse como carentes de las causas predisponentes por malformación congénita o anomalía regional.

En nuestros *records* de los últimos cinco años encontramos 35 casos de sacrolumbalgias dignos de ser considerados, pues los demás son simples contusiones de rápida evolución. En este grupo predominan los llamados síndromes miofaciales por Steindler, y sólo hemos visto un caso de lesión del disco intervertebral.

Thorndike encuentra en la Universidad de Harvard, en un período de tiempo igual, 42 distensiones musculares, de ellas 20 en los erectores espinales y 7 lesiones articulares de esta región.

Las especiales condiciones de los deportistas, incluidos en el grupo de quince a treinta años, con la resistencia natural de las formaciones anatómicas a esta edad, la adquisición de un mayor desarrollo y elasticidad muscular mediante los ejercicios de entrenamiento hace que las lesiones de esta región en ellos se limiten a distensiones ligamentosas o pequeñas lesiones musculares.

En la mayor parte de los casos es posible determinar la aparición de la zona de miositis o distensión muscular en las últimas fases del ejercicio cuando el músculo ha perdido elasticidad por la intoxicación provocada por la acumulación de sustancias de desecho determinadas por el cansancio o bien por contracciones asinérgicas debidas a técnicas incorrectas en la práctica deportiva. En otras, la exageración de los movimientos durante la competencia determina una tensión excesiva sobre los ligamentos, lo que es capaz de producir su ruptura o distensión.

El análisis anatómico de algunos deportes nos permitirá comprender el esfuerzo que su práctica hace recaer sobre la región en estudio.

El lanzamiento del pitcher en base-ball determina "una rápida flexión y rotación de la columna lumbar, acompañadas de un movimiento de rotación e inclinación lateral de la pelvis por extensión de la articulación coxofemoral y flexión de la izquierda".

En el basket-ball "los tiros al aro bajo éste, ponen en juego la elasticidad máxima de las articulaciones vertebrales, ya que se realizan desde los más diversos ángulos y a gran velocidad, obteniéndose la clara visión del aro mediante movimientos de extensión máxima y rotación de la columna en ambos sentidos, según la posición en que se alcancen la zona de tiro al evadir la defensa del contrario".

Las tiradas de espalda en las competencias de diving son frecuentemente causas de lesiones en esta región, pues en ellas vemos que "tan pronto como se ha llegado al punto de mayor elevación, se lanza la cabeza hacia atrás (extensión completa de las regiones cervical y dorsal) y se arquea la porción lumbar (hiperextensión lumbar). Estos movimientos se obtienen por la rápida contracción de los músculos longitudinales de la espalda, ayudados por la acción de la gravedad. La distensión en la articulación sacrolumbar y en la sacroiliaca bajo estas condiciones requiere la contracción de los músculos abdominales para prevenir una hiperextensión excesiva".

Otros deportes, como el foot-ball, saltos altos y largos, carreras de obstáculos, etc., someten a la región lumbar a grandes peligros, pues se exige de ella el máximo rendimiento en fuerza, elasticidad y amplitud de movimiento, pero no podemos referirnos a su técnica por el breve tiempo que disponemos.

La poca frecuencia de lesiones del disco y articulaciones intervertebrales la consideramos debida a que durante el entrenamiento se va obteniendo una mayor movilidad mediante ejercicios especiales orientados a ese fin, además de la resistencia natural ya señalada, correspondiente a la edad de actividad deportiva.

En la mayoría de nuestros casos ha sido posible determinar el mecanismo de producción y limitar el sitio exacto de la lesión, estableciendo el llamado "trigger point". En algunos, la palpación cuidadosa nos reveló la existencia de una zona de miositis o un hematoma intramuscular, cuya desaparición hizo terminar el síndrome doloroso.

En estos casos, los más frecuentes en la práctica deportiva, el tratamiento lo hemos guiado atendiendo al concepto anatomopatológico de la lesión.

En un principio, vendajes comprensivos y aplicaciones frías para limitar en lo posible la extensión del hematoma o nódulos de miositis. Una vez desaparecido el peligro de extensión, empleamos todos los medios fisioterápicos para lograr la desaparición de la lesión por aumento de la circulación local (diatermia, iontoforesis, etc.), acompañados del strapping con esparadrapo de la región o empleo de soportes lumbares.

Cuando es posible obtener con exactitud el punto de máxima respuesta dolorosa empleamos la novocainización, con muy buenos resultados, asociando en ocasiones la acetilcolina por su acción vasodilatadora. la sacrolumbalgia, tan brillantemente expuestas por el Dr. Inclán y sus

Con esto damos por terminado nuestro modesto aporte al tema de colaboradores.



APORTACION A LA PONENCIA

POR EL DR. ARTURO FERIA MORA

Accediendo a la cortés invitación de mi admirado amigo y compañero el Profesor Inclán, vengo a esta junta científica a hacer una pequeña aportación al siempre interesante y discutido tema de las sacrolumbalgias, y en la imposibilidad, por falta material de tiempo, de hacer una revisión de mi archivo, he creído de alguna utilidad reportar dos casos clínicos, que si bien por su etiología corresponden al urólogo, muchas veces acuden a los ortopédicos, porque su manifestación más llamativa y a veces la única, es el dolor lumbar.

Brevemente expondremos la historia de nuestros dos casos:

J. R., Uruguay, B. C., 72 años, de esta ciudad, nos es referido por el compañero Dr. Posada Recio por sufrir dolores lumbares de tipo radicular tan intensos que hacía necesario el uso de morfina en repetidas ocasiones en el día. Buen estado general y ausencia de otros síntomas.

Los exámenes de Laboratorio habían resultado normales o negativos y las radiografías practicadas por indicación del compañero Posada reportaban lo siguiente: aplastamiento de octava dorsal, seguramente secuela de antiguo traumatismo de columna sufrido hace cuarenta años en un accidente de ferrocarril, espóndiloartritis lumbar y dorsal y zona de calcificación entre segunda y tercera lumbar, precisamente donde era más intenso el dolor.

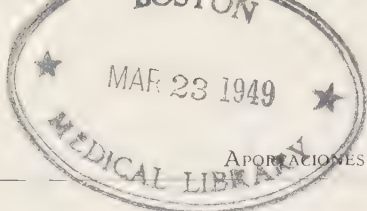
Ensayadas ya las mediciones a base de azufre, yodo, vitamina B₁, etcétera, sin resultado, indicamos terapia profunda, que es aplicada por el Dr. Blanc Corbín hasta llegar a mil R, en unas tres semanas, sin que mejorara su cuadro doloroso, como esperábamos. Ante el fracaso de la terapia profunda y la existencia de un pequeño nódulo duro más pequeño que una avellana en el lóbulo derecho de la próstata, indicamos nuevas radiografías, que nos reporta destrucción del borde anterior del cuerpo de la duodécima dorsal.

En vista de ello provocamos una Junta con los compañeros urólogos Dres. Boudet y Yodú, quienes ratifican nuestro diagnóstico de neoplasia de próstata y metástasis en columna. Con el diagnóstico citado indicamos dietilestilbestrol y castración. Hasta ese momento no existían trastornos sensitivos ni motores; orina a voluntad y corrige bien.

Dos días después de esa Junta soy llamado en horas de la madrugada y me participan que el enfermo no podía orinar, por lo que les indico bolsa de agua caliente y belladona, y una hora después, cuando voy a verlo me encuentro que se ha producido una quemadura de segundo grado en su abdomen, sin que se hubiera dado cuenta; al mismo tiempo se ha instalado una paraplejía con abolición completa de reflejos y anestesia total hasta el ombligo; por otra parte, los dolores lumbares se habían hecho más intensos; insistimos en la necesidad de intervenirlo cuanto antes como solución heroica de su problema, aunque con algún pesimismo en cuanto al resultado inmediato y lejano. Accede el paciente, y tres días después de la operación comienzan a desaparecer los dolores; la parálisis vesical persiste por unas cinco o seis semanas, y ya en este tiempo el enfermo siente deseos de orinar y lentamente se va regularizando esta función para hacerse normal a los cinco meses.

La sensibilidad comenzó a reaparecer a las cuatro semanas por el dorso del pie, ascendiendo hasta el abdomen, para hacerse normal a los seis meses, aproximadamente.

La motilidad comenzó a reaparecer por el músculo extensor propio



del grueso artejo; después comenzó la recuperación de los tibiales; posteriormente los peroneos laterales, y más tarde los flexores del muslo y, por último, los glúteos y pélvitrocanterios, y en la actualidad, un año después de la paraplegia tiene movimientos activos normales de ambos miembros inferiores, aunque al realizar la marcha lo hace con alguna dificultad porque existe cierto grado de espasticidad que ha sido tratada con éxito con Intocostín.

A los diez meses comenzó a deambular con ayuda de burritos y tres semanas después con bastón. En algunas ocasiones tiene contracciones involuntarias de ambos miembros inferiores aislados o en grupos sobre todo de los aductores.

Debi señalar el detalle de la desaparición de la tumoración prostática cuatro meses después de la intervención. Las radiografías practicadas al año reportan normalidad, "digo", desaparición de la lesión observada en duodécima dorsal.

SEGUNDO CASO

R. M. Cuba. Mestizo. S. 83 años. Es visto por mí en la consulta externa del Hospital "S. Lora", remitido por un compañero porque desde hace unos cuatro meses tiene dolores en la región lumbar de tipo región, o por lesiones en órganos o regiones vecinas que puedan, por radicular, en cinturón que sólo ceden a la morfina; la radiografía ordenada por ese compañero acusa destrucción parcial del cuerpo de la oncena y duodécima dorsales, signos de espondiloartritis. Al examen por tacto rectal encontramos próstata nodular dura sobre todo el lóbulo izquierdo.

Indicamos Diotilestrilbestrol y al mes nos reportan los familiares que los dolores han desaparecido y su estado general es mejor; a los cuatro meses comienza a caminar, cosa que no podía hacer desde hacía varios meses por el intenso dolor que provocaba cualquier movimiento.

CONCLUSIONES:

Estimo de un gran interés y enseñanza estos dos casos y las observaciones a que nos llevan y que podían resumirse en dos puntos:

1º Necesidad de hacer examen prostático en enfermo de edad avanzada que presenta lesiones en columna vertebral a los que pudieran atribuirse sus dolores. El primer caso presentaba una marcada espondiloartritis y calcificación entre primera y segunda lumbar precisamente donde era más intenso el dolor, con ausencia de toda otra sintomatología.

2º El notable beneficio que obtienen estos enfermos de neoplasia de próstata aun cuando las lesiones sean tan serias como en el primer caso en que llegó a instalarse una paraplegia.

EDICIONES "PRIOR"

DE HOJAS MOVILES

TICE: *Practice of Medicine* (10 tomos).

LEWIS WALTERS: *Practice of Surgery* (12 tomos).

BRENNEMAN: *Practice of Pediatrics* (4 tomos).

MOCK-PEMBERTON-COULTER: *Principles and Practice of Physical Therapy* (3 tomos).

DAVIS: *Gynecology & Obstetrics* (3 tomos).

PARA ADQUIRIR ESTOS LIBROS,
DIRIJASE A LA ADMINISTRACION

CALZADO A LA MEDIDA

HORMA ORTOPEDICA

UNICAMENTE POR PRESCRIPCION FACULTATIVA

A Z N A R

BARCELONA 53

TELEF. A-8981

HABANA

DECALIN

CALCIO COLOIDAL

ESIMULANTE BIOLOGICO DE LA DIGESTION

COMPOSICION:

Morruato de Calcio Coloidal.....	1 c.c.
Vitamina D.....	500 U.I.

INDICACIONES:

Todas las correspondientes a la calcioterapia. Raquitismo Infantil. Falta de desarrollo y pobre calcificación. Acción específica en los estados tuberculosos y llamados pretuberculosos. Embarazo. Lactancia.

MODO DE EMPLEO:

De uno a dos c.c. por vía intramuscular diaria o alterna, según la indicación del médico.

PRESENTACION:

Cajas de 10 ampulas de 1 c.c.
Bulbos de 10 c.c.
Estuches de 1 ampula de 1 c.c.

GLUCOSA - DIETETICA - LINNER

A base de Glucosa, Gluconato de Calcio y Vitamina D

LABORATORIOS LINNER

AL SERVICIO DE LOS MEDICOS

CAMPANARIO 362

HABANA

PASMIN INYECTABLE

SEDANTE ANALGESICO Y ESPASMOLITICO

FORMULA:

Clorhidrato de Papaverina.....	0.03	Gm.
Valeriana de Atropina.....	0.0002	"
Agua Bidestilada.....	2.	cc.

EL PASMIN EN SU FORMA INYECTABLE, de acción farmacológica similar a la del PASMIN GOTAS, puede suplir a éste con ventaja en los casos en que no sea aconsejable la administración del medicamento por vía digestiva y cuando la intensidad del padecimiento imponga una acción rápida y enérgica.

INDICACIONES

Estados espasmódicos dolorosos, Cólicos hepáticos, nefríticos e intestinales, Espasmo pilórico, Manifestaciones Angio-espasmódicas, Erectismo Cardio-vascular, Dolor precordial ocasionado por espasmo de las coronarias.

Para inyectar por vía subcutánea o intramuscular, de 1 a 3 ámpulas al día

PRESENTACION

Caja por 3 ámpulas de 2 cc.



PREPARADO POR LOS LABORATORIOS

INSTITUTO BIO-QUIMICO DE CUBA, S. A.

SAN LAZARO N° 659

HABANA, CUBA

CEVIAC "OBER"

El CEVIAC se ofrece a la profesión médica en cinco formas:

CEVIAC ORAL

(Caja de 6 tubos de 5 c.c.)

Cada tubo contiene 500 mg. (10,000 U.I.) de ácido cevitámico.

AMPULAS CEVIAC 500

(Caja de 3 ampulas de 5 c.c.)

Cada ampula de 5 c.c. contiene 500 mg. (10,000 U.I.) de ácido cevitámico.

AMPULAS CEVIAC 100

(Caja de 6 ampulas de 1 c.c.)

Cada ampula de 1 c.c. contiene 100 mg. (2,000 U.I.) de ácido cevitámico.

TABLETAS CEVIAC 100

(Frasco de 40 Tabletas)

Cada tableta contiene 100 mg. (2,000 U.I.) de ácido cevitámico.

TABLETAS CEVIAC 25

(Frasco de 50 Tabletas)

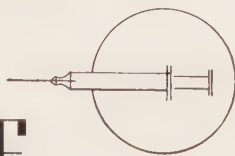
Cada tableta contiene 25 mg. (500 U.I.) de ácido cevitámico.



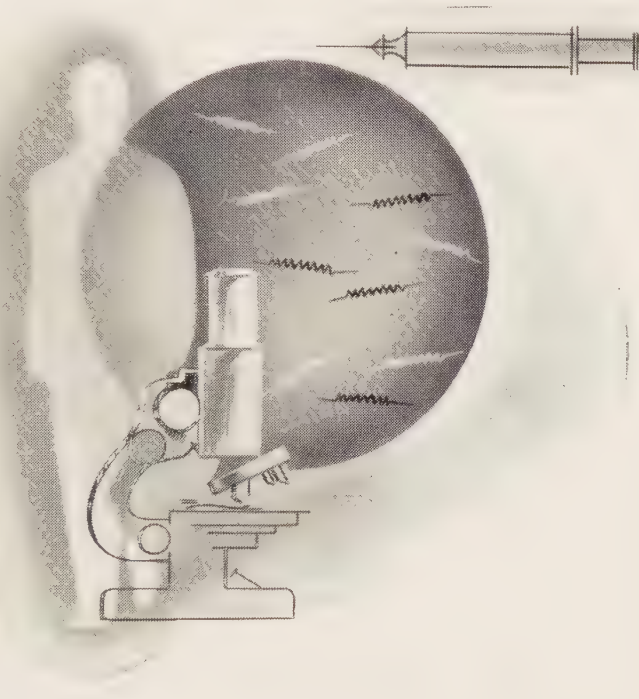
LABORATORIOS GARRIDO y Cía.

VEDADO — HABANA

MAFARSIDE



La ultramicroscopia revela la presencia del tenue y ondulante *Treponema pallidum* para establecer el diagnóstico de la sífilis. El pronóstico puede ser muy incierto si el paciente no recibe una terapéutica adecuada. El Mafarside es una preparación arsenical digna de confianza y eficaz como lo prueba la experiencia clínica adquirida con la administración de millones de dosis durante años.



El Mafarside es otra de la larga lista de preparaciones de Parke-Davis cuyos servicios a la Profesión Médica crearon el significativo símbolo de confianza en la terapéutica médica que identifica a nuestros productos.

El Mafarside (clorhidrato del óxido de meta-amino - para - hidroxifenilarsina) se suministra en ampolletas de una sola dosis de 0.04 gm. ó 0.06 gm., cajas de 10, y en ampolletas de dosis múltiple, de 0.60 gm., para hospitales; cajas de 10.

PARKE, DAVIS & COMPAÑÍA



Estimado Doctor:

Si su cliente necesita un buen tónico y reconstituyente,
tenga presente nuestro:

F O S C O B I N

ELIXIR VITAMINICO DE COMPLEJO B
CON GLICEROFOSFATOS

CONTIENE:

Clorhidrato de Tiamina (Vitamina B¹)
Riboflavina (Vitamina B² ó G)
Clorhidrato de Piridoxina (Vitamina B⁶)
Acido Nicotínico Amida (Niacinamida)
Glicerofosfato de Calcio
Glicerofosfato de Potasio
Glicerofisfato de Manganeso
Glicerofosfato de Sodio
Vino Moscatel
Elixir Simple F.E.U.
Alcohol
Agua Destilada

==

DOSIS:

Para Adultos: Una cucharadita (15 c.c.) tres veces al día,
antes de las comidas o según lo indique el médico.

PREPARADO POR EL LABORATORIO DE LA

DROGUERIA DE JOHNSON

H A B A N A

EMILIO P. MUÑOZ

APARATISTA ORTOPEDICO

CON MAS DE 25 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA CONSTRUCCION
DE TODA CLASE DE APARATOS DESTINADOS A LA CORRECCION
DE DEFORMIDADES



BRAGUEROS Y FAJAS PARA

HERNIAS Y PTOSIS VISCERALES



San Lázaro N° 656

Teléfono U-6400

H A B A N A

LABORATORIOS "CHEDIAK"

Dr. MOISES CHEDIAK Dr. ALEJANDRO CHEDIAK

TODA CLASE DE INVESTIGACIONES REALIZADAS
PERSONALMENTE. — SERVICIO PERMANENTE
DE TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PLASMA

CALLE 23 N° 654, VEDADO
ENTRE D Y E

TELEF. F-5533 - F-3405
HABANA

Dr. E. GARCIA PEREZ

MEDICO CIRUJANO

TRANSFUSIONISTA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE INFANCIA

L A B O R A T O R I O
E X C L U S I V A M E N T E

TRABAJOS PERSONALMENTE REALIZADOS
ANALISIS E INVESTIGACIONES CLINICAS

Transfusiones sanguíneas; EN ESPECIAL A NIÑOS

ANIMAS N° 661
(Lealtad y Escobar)

TELEFONOS: {A-6231
 {M-6231

J. MENDEZ

ZAPATERO ORTOPEDICO



AMISTAD 179, ENTRE CONCORDIA Y NEPTUNO
HABANA - CUBA



SE HACE CALZADO SOLAMENTE
POR INDICACION FACULTATIVA

CLINICA MIRAMAR, S. A.

AVENIDA RAMON MENDOZA Y 17, ALTURAS DE MIRAMAR
TELEFONO B-6498

DIRECTOR TÉCNICO:
DR. JOSE RAMIREZ OLIVELLA

ADMINISTRADOR:
DR. ENRIQUE SALAS



Para la asistencia de enfermos privados, de todas las capacidades económicas. - Mínimo costo y máxima eficiencia.

CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES QUIRURGICAS

SERVICIO PERMANENTE DE CIRUGIA
DE URGENCIA Y TRAUMATOLOGIA



"CALCIUM-SANDOZ"

BASILEA

[SUIZA]

Ofrece al distinguido cuerpo médico de Cuba, su
OFICINA CIENTIFICA, en donde encontrarán
siempre la atención que merecen en relación con
información, literatura y muestras.



OFICINA CIENTIFICA SANDOZ

AYESTARAN 240 - HABANA



REPRESENTANTE GENERAL: DR. E. MARQUEZ

AYESTARAN 238 - HABANA

DROGUERIA "SARRA"

LA MAYOR
(ESTABLECIDA EN 1853)

SUPERFICIE UTILIZADA:
MAS DE 40,000 M.²

55 VIDRIERAS EXTERIORES

46 EDIFICIOS

SIEMPRE ADELANTE

y al servicio de los señores Médicos,
Dentistas y Veterinarios

LABORATORIO - FABRICA

de Productos Químicos y
Farmacéuticos
EL MAYOR DE LA REPUBLICA

ESPECIALIDADES SARRA

Elaboradas con las materias primas
de más alta calidad obtenible.

VISITENOS: SALDRA COMPLACIDISIMO

UTILICENOS: LO SERVIREMOS GUSTOSOS

CATALOGOS — LISTAS — PROSPECTOS
MUESTRAS GRATIS

SIEMPRE A LA DISPOSICION DE LOS SEÑORES FACULTATIVOS